Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social

S/C

Versión Taquigráfica N° 359 de 2010

SEGURO NACIONAL DE SALUD

Cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 30 de noviembre de 2010

(Sin corregir)

PRESIDEN: Señores Representantes Alfredo Asti, Presidente y Gustavo Bernini (ad- hoc).

MIEMBROS: Señores Representantes Alda Álvarez, Germán Cardoso, Angélica Ferreira, Jorge Gandini, Andrés Lima, Lourdes Ontaneda, Alejandro Sánchez, Alicia Torres e Iván Posada.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes José Bayardi, Luis Da Roza y Richard Sande.

INTEGRANTES: Señores Representantes Daniel Bianchi, Roberto Frachia, Antonio Chiesa Bruno, Antonio Pérez García y Daniel Radío.

CONCURREN: Señor Senador Pablo D. Abdala, señores Representantes Fitzgerald Cantero Piali, Jorge Pozzi, Jaime Mario Trobo, Yerú Pardiñas, Mario Perrachón, Gustavo Rombys y Álvaro Vega Llanes.

INVITADOS: Por el Ministerio de Salud Pública, economista Daniel Olesker, Ministro; doctor Luis Enrique Gallo, Presidente de JUNASA; señora Raquel Pamilo, Subdirectora General de Salud; doctor Daniel Pazos, Unidad de Descentralización; señor Pablo Cechi y Martín Rodríguez, asesores.

Por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, doctor Nelson Loustaunau, Subsecretario.

Por el Ministerio de Economía y Finanzas, economistas Andrés Masoller, Director Asesoría Macroeconómica; Martín Vallcorba, asesor y profesor Pedro Apezteguía, Director General de Secretaría; contador Fernando Serra, asesor y contador Nelson Hernández, Asesoría Tributaria.

SEÑOR PRESIDENTE (Asti).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Damos la bienvenida a la delegación del Ministerio de Salud Pública, encabezada por el señor Ministro, economista Daniel Olesker, e integrada por el doctor Luis Enrique Gallo, Presidente de la Junta Nacional de Salud; el doctor Daniel Pazos, Coordinador de la Unidad de Descentralización; la señora Raquel Ramilo, Subdirectora General de Salud, y los señores Pablo Cechi y Martín Rodríguez, asesores. También damos la bienvenida al señor Subsecretario de Trabajo y Seguridad Social, doctor Nelson Loustaunau y a la delegación del Ministerio de Economía y Finanzas, integrada por el economista Andrés Massoller, Director de la Asesoría Macroeconómica; el profesor Pedro Apezteguía, Director General de Secretaría; los contadores Fernando Serra y Nelson Hernández, de la Asesoría Tributaria, y el economista Martín Vallcorba, asesor.

En la reunión anterior de esta Comisión integrada ya habíamos recibido la visita de los tres Ministerios, por lo que ahora vamos a continuar con el tratamiento de la inclusión de nuevos colectivos en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Como ustedes saben, esta Comisión integrada tiene varios proyectos a estudio relativos a este tema. Algunos fueron presentados con iniciativa parlamentaria y otros enviados por el Poder Ejecutivo tales como los que prevén la inclusión del Sistema Notarial de Salud y del sistema de los trabajadores de OSE CHASSFOSE al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Asimismo, tenemos otros proyectos presentados a nivel legislativo que proponen distintas soluciones relacionadas con el artículo 69 de la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que prevé la incorporación de determinados colectivos a partir del 1º de enero de 2011.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- A lo largo de estos últimos meses, el Consejo de Ministros y, en particular, los tres Ministerios involucrados directamente en el proceso de reforma de la salud y miembros de la Junta Nacional de Salud órgano que dirige la reforma, hemos venido trabajando un proyecto para regular el ingreso al Fondo Nacional de Salud de todos los colectivos que faltaban, a partir de los emergentes que ingresaban el 1º de enero de acuerdo con la Ley Nº 18.211, es decir, los colectivos profesionales y cajas de auxilio. Pero también entendimos que debíamos dar una respuesta a otros colectivos, que, si bien no estaban contemplados en la Ley Nº 18.211, formaban parte del compromiso de universalización del FONASA, en particular las empresas unipersonales y las sociedades de hecho. Asimismo, el conglomerado más grande que debía ingresar al FONASA eran los jubilados, para lo cual habíamos anunciado una ley especial que comenzaría a regir en el año 2012, pero entendimos que era posible su ingreso al Fondo Nacional de Salud junto a los otros colectivos que lo harán ahora, adelantando su ingreso para el año 2011, como voy a comentar inmediatamente.

Vamos a hacer una exposición general sobre el contenido del proyecto de ley. Aquí tenemos una copia del texto que informalmente ponemos a disposición de los señores Diputados. Seguramente será firmada por los Ministros y el Presidente en el correr de la mañana de hoy, o sea que va a ingresar a la brevedad.

Después voy a hacer alguna referencia al proyecto de ley sobre la Caja Notarial que enviamos aparte, pero que de alguna manera engloba todos los colectivos que hoy están en proceso de ingreso.

SEÑOR TROBO.- Solicito que se reparta una copia del proyecto que se va a presentar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Así se procederá.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- El contenido de este proyecto de ley tiene un capítulo vinculado a la forma de aportación de los contribuyentes. A partir de enero de 2011 iban a ingresar colectivos que no aportaban como dependientes, sino como independientes, y colectivos que aportaban doblemente, es decir, como profesionales o empresas independientes y como dependientes. Entonces, buscamos la manera de generar un mecanismo que complementara esos aportes y que no transformara su ingreso al Fondo en un impuesto, puesto que el objeto del Sistema Nacional Integrado de Salud es dar cobertura de salud e ir trasladando la carga tributaria adonde corresponde, que es el sistema impositivo.

Para ello vamos a proponer un mecanismo para definir los colectivos. Yo voy a explicarlo en términos generales y luego el Director de la Asesoría Macroeconómica del Ministerio de Economía y Finanzas, el

economista Masoller, abundará en detalles.

El proyecto comienza con un primer capítulo sobre el ingreso de los jubilados y pensionistas, es decir, de los pasivos, organizado de la manera que voy a explicar a continuación.

A partir de julio de 2011 vamos a incorporar a los jubilados por discapacidad, cuyos ingresos no superen las 4 bases de prestaciones y contribuciones, es decir, $ 8.254. Estamos hablando de un colectivo de doce mil jubilados y pensionistas.

Luego, en un lapso de cinco años, vamos a ingresar a todos los jubilados y pensionistas, siguiendo un mecanismo que voy a detallar y que está explicitado en la ley. Dividimos a los jubilados y pensionistas en dos grupos: los que pagan su cobertura de salud a un prestador privado, es decir, que tienen mutualista, y los que no la tienen. Aproximadamente 250.000 jubilados y pensionistas pagan cuota mutual y alrededor de 200.000 no lo hacen.

A los jubilados y pensionistas que no tienen mutualista los dividimos en cinco tramos, e ingresarán al FONASA en julio de 2012, julio de 2013, julio de 2014, julio de 2015 y julio de 2016. Esos cinco tramos están asociados a dos características de los jubilados y pensionistas: la edad y el ingreso. El primer grupo es el de aquellos cuyos ingresos sean inferiores a 3 bases de prestaciones y contribuciones, es decir $ 6.183 aunque cuando la ley entre en vigencia, si se aprueba, en enero de 2011, la BPC va a valer más que $ 2.061, que es lo que vale ahora, y tenga más de setenta y cuatro años. Quiero recordar que los que ganan menos ya están incorporados al Seguro Nacional de Salud, y que los que ingresan ahora son los que perciben entre 2,6 y 3 bases de prestaciones y contribuciones y tienen más de setenta y cuatro años.

El segundo grupo es el de aquellos que tienen más de setenta años y no superan las 4 BPC. El tercer grupo es el de aquellos que tienen más de sesenta y cinco años y no superan las 5 BPC; el cuarto es el de quienes no tienen más de sesenta años y no superan las 10 BPC, y el último, que ingresarían en julio de 2016, es el de todos aquellos que perciben más de 10 BPC, es decir, los que cobran más de $ 21.000.

Obviamente, estos jubilados y pensionistas cuando ingresen al FONASA tendrán la obligación de aportar el 4,5% de sus ingresos si no tienen hijos ni cónyuge, el 6,5% si tienen cónyuge, y el 6% si tienen hijos menores de dieciocho años o discapacitados, cualquiera sea su edad. Pero también tendrán cuatro derechos: cobertura de salud para sí en un prestador a elección, público o privado; cobertura para su cónyuge e hijos, según las condiciones de cada uno; no discriminación, que es algo que no hemos podido eliminar en la afiliación privada y sí en la afiliación a través del FONASA ya que las personas que pertenecen al FONASA no pueden ser rechazadas ni pueden limitarse las prestaciones que recibe en una institución de asistencia médica, y por último, tendrán tiques de medicamentos y órdenes gratuitos que no tienen los jubilados particulares, salvo aquellos que hayan firmado acuerdos de manera individual o grupal en las instituciones de asistencia médica: tres órdenes mensuales, dos tiques de medicamentos mensuales, un estudio de laboratorio semestral y un electrocardiograma anual, lo que representa unos $ 700.

El segundo grupo está compuesto por los jubilados que pagan su cuota mutual. Estamos hablando de 240.000 o 250.000 personas. Estos jubilados ingresarán al FONASA el 1º de julio de 2012, con los cuatro derechos que mencioné anteriormente: ingreso de cónyuges e hijos, set de tiques y órdenes gratuitos, no discriminación y elección libre de prestador. Por lo tanto, estos jubilados en el momento en que ingresen al FONASA podrán cambiar de prestador, lo que no podían hacer hasta ahora, dado que el nuevo prestador podía rechazarlos.

Lo que detallé fue el proceso asistencial y ahora voy a referirme al proceso financiero. El primer año estas personas pagarán un 20% menos del costo de la mutualista; pagarán el 80%, y el 20% restante será abonado por el FONASA; el segundo año pagarán el 60%, y el FONASA pagará el 40%; el tercer año abonarán el 40% y el FONASA el 60%, y así sucesivamente. Por lo tanto, en cinco años habrán dejado de pagar. Si un jubilado, por ejemplo, paga $ 1.500 de cuota mutual, tendrá un ahorro neto que es como un incremento de su jubilación de $ 300 el primer año, lo cual se irá incrementando en el correr de los cinco años.

La institución mutual ya tiene a ese jubilado entre sus asociados, y le cobra una cuota. Por pasar a ser un afiliado FONASA le corresponde una cápita, la cual tiene una diferencia con la cuota mutual promedio de un jubilado eso depende de la edad y del sexo de $ 800 o $ 1.000. A partir del primer año el FONASA le pagará

un quinto de la diferencia entre la cuota y la cápita, el segundo año dos quintos, el tercer año tres quintos, y el último año, el quinto, la institución recibirá toda la cápita.

Lo que sucederá en la práctica con este grupo, que es el más numeroso, es que, por un lado, el jubilado tendrá un ahorro en su jubilación del 20% de la cuota mutual, y la institución, por la misma atención que ya daba porque la institución no puede diferenciar la atención que le brinda a un jubilado afiliado por FONASA de la que presta a otro que no lo sea recibirá un 20% de la diferencia con la cápita año a año. Al cabo del quinto año el jubilado no pagará nada más que el 4,5% de su aportación y la institución recibirá la cápita completa. Ese es el procedimiento para este segundo grupo de jubilados

Resumiendo, hay un ingreso adelantado, un ingreso inicial de jubilados por discapacidad de hasta $ 8.500 en 2011, y en 2012 se abre el proceso quinquenal de ingreso de los jubilados, en el caso de los de ASSE, en cinco quintos, tomando en cuenta edad e ingreso, y en el caso de la mutual, desde el punto de vista de su ingreso formal al FONASA, con un ahorro de un quinto de la cuota y un incremento de un quinto de la cuota anual para la institución de asistencia médica colectiva. Esa es la propuesta que hacemos para el caso de los jubilados.

El segundo grupo refiere al ingreso de las empresas unipersonales que hoy, según la Ley Nº 18.211, tienen la posibilidad de acceder solamente los empresarios unipersonales que tienen hasta un empleado a cargo. Tomamos en cuenta el concepto de microempresarios, que por definición son aquellos que tienen hasta cinco empleados a cargo, un reclamo largamente planteado a los tres Ministerios que estamos aquí por la delegación empresarial en el Banco de Previsión Social, y así lo consideramos. El mecanismo de aportación para los que tienen dos, tres, cuatro y cinco empleados es el mismo que los que tenían uno; hacen el aporte obrero patronal sobre 6,5 bases de prestación y contribución, que a dinero de hoy son algo más de $ 13.000. O sea, si no tienen hijos, están aportando aproximadamente $ 1.200; si tienen hijos, el 11% de $ 13.000, es decir, $ 1.430. Aquellos que aportan solo por sí mismos, para el Fisco son neutros desde el punto de vista del costo fiscal, porque la cuota promedio es similar al 9,5% de las 6,5 BPC, y en el caso de quienes tienen hijos y cónyuges, hay un costo fiscal que asume el FONASA. En este caso, estamos hablando de aproximadamente 15.600 empresarios unipersonales en esta segunda condición de dos a cinco empleados. Los que tienen uno ya estaban contemplados.

En tercer lugar, proponemos un sistema de ingreso de las Cajas de Auxilio o seguros convencionales, que ya fue anunciado a las organizaciones gremiales a las que pertenece la mayor parte de dichas Cajas. Más adelante, voy a hacer una referencia al sistema notarial de salud, dado que también se le hizo un planteo, pero aún no hemos obtenido respuesta. Sí hemos tenido respuesta de las organizaciones gremiales vinculadas a los trabajadores de las Cajas de Auxilio, Mesa Representativa del PIT-CNT, Caja de Auxilio Médico, SMU, FEMI y Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas.

El sistema está basado en seis puntos. En primer lugar, efectivamente se da el ingreso formal al FONASA de todos los trabajadores amparados por Caja de Auxilio.

El segundo término, la ley posibilita a que dichas Cajas de Auxilio, en la medida en que presenten un plan que dé sustentabilidad asistencial y económica a su trayectoria futura, se transformen en seguros complementarios de salud, dejan de ser seguros sustitutivos como lo eran en la Ley Nº 14.407, para transformarse en seguros complementarios, conservando para sí todos los bienes ahorrados, acumulados, sean activos fijos o activos monetarios que tenían en la figura jurídica anterior.

En tercer lugar, un proyecto que esta Cámara ya aprobó que si bien es autónomo a la solución de las Cajas de Auxilio, tiene que ver con ellas refiere al aumento del subsidio por enfermedad a lo largo del quinquenio, de tres a ocho bases de prestaciones y contribuciones, es decir, de $ 6.250 a casi $ 16.500, una BPC por año, $ 2.061. El incremento del subsidio legal por enfermedad vale para todas las organizaciones que tienen Cajas de Auxilio, y también para todos los trabajadores, no exclusivamente para los que tienen Cajas. Según nuestros cálculos, cuando se llegue a ocho BPC, a precios de hoy no sabemos cómo van a evolucionar los salarios reales y la BPC de aquí a cinco años, prácticamente el 90% de los trabajadores, aplicando los mecanismos legales de subsidio, tienen cubierto su salario en actividad, obviamente, el 70%, menos tres días; es decir, como funciona normalmente el subsidio por enfermedad. El 90% de los trabajadores quedan eliminados del efecto negativo del tope, repito, a precios de hoy.

El cuarto punto también tiene que ver con la solución de incrementar el subsidio por enfermedad. Está claro que el principal elemento de prestación complementaria que las Cajas de Auxilio sostenían que debían dar y que lo perdían en caso de pasar al FONASA estaba concentrado en el subsidio por enfermedad. Algunas otras prestaciones, como la salud mental o la salud bucal, en la transición serán absorbidas, una en 2011 y la otra probablemente entre 2013 y 2014, ingresando a la prestación obligatoria, tal como nos hemos comprometido. Por lo tanto, lo que quedaba como elemento central era el complemento del subsidio por enfermedad. Entonces, para ser coherentes con la solución de incremento gradual que dimos para el subsidio por enfermedad, también hemos propuesto un incremento gradual a la aportación del Fondo Nacional de Salud. Para esa aportación gradual, hemos dividido el aporte en tres partes: aporte patronal, aporte personal por núcleo familiar y aporte personal por el propio contribuyente, que hoy tiene cobertura de Cajas de Auxilio. En general, los familiares no están cubiertos en las Cajas de Auxilio, pero hay algunas excepciones. Hecha esta división, no tiene sentido que la gradualidad del aporte patronal esté en discusión. El aporte patronal es de los patrones y es un impuesto que pagan por la salud de sus trabajadores. El concepto de que los aportes patronales formaban parte de la contribución de los trabajadores a su salud es la apropiación de un factor que no les corresponde. En todas partes del mundo en que los seguros de salud se basan en contribuciones de seguridad social hay aporte patronal y este va directo al Fondo y no depende de las cápitas que aportan los trabajadores. Por otro lado, los aportes por familiares, 1,5% por hijos y 2% por cónyuges, también van al Fondo Nacional de Salud de manera directa e inmediata. ¿Qué es lo que se gradúa? Se gradúa el 4,5%, que es el aporte personal por la salud del contribuyente principal y se hace de la siguiente manera. En 2011, el 4,5% completo va a la Caja de Auxilio y, por lo tanto, al FONASA va el aporte patronal, el aporte personal por los hijos, el aporte personal por los cónyuges, si los hubiera. En 2012, comienza a fragmentarse ese aporte personal: 1,5% para el FONASA y 3% para el seguro convencional. En 2013: 2,5% para FONASA y 2% para el seguro convencional; en 2014: 3,5% para el FONASA y 1% para el seguro convencional. En enero de 2015, todo el aporte patronal, familiar y personal por el contribuyente, va al FONASA.

El quinto punto tiene que ver con las condiciones de aportación al seguro complementario. Es muy probable que muchos de estos seguros convencionales vayan a financiar las prestaciones complementarias los cálculos están hechos de esa manera con el proceso de transición repito: la doble transición, la subida del subsidio por enfermedad y la bajada del aporte gradual y en enero de 2015 puede llegar a necesitar aportes complementarios para otras prestaciones si la distancia entre los salarios en actividad y el subsidio por enfermedad legal sigue siendo muy importante. Esto sobre todo sucede en aquellos seguros convencionales con salarios promedio mayores a la media. Al respecto, la única restricción que pone la ley es que en caso de haber aportaciones complementarias al sistema de seguridad social complementario porque sigue siendo aportación a la seguridad social, aunque no sea a la seguridad social obligatoria, sigue siendo contribución a la seguridad social complementaria, el aporte patronal no debe ser inferior al 50%. Supongamos así lo hicimos en algunos cálculos, por ejemplo en algunas Cajas de Auxilio de la industria láctea que ese aporte, para poder sostener la Caja después del 2015, es un punto de la masa salarial; entonces, el aporte patronal no puede ser inferior a 0.5 de la masa salarial. Puede ser el uno, como sucede en el caso bancario, porque el acuerdo fue que la prestación complementaria la brindara 100% el aporte patronal, pero en este caso nuestra restricción es mitad y mitad.

Finalmente, el sexto punto es el siguiente: aquellos jubilados que al momento de aprobarse la ley estén amparados por la Caja de Auxilio, o sea, que la Caja los trata igual que a los activos una Caja de Auxilio podría darle alguna contribución pequeña a los jubilados, conseguirles tiques y órdenes más baratos, podría tener variadas expresiones, como un seguro convencional, lo que no sucede con todas las Cajas, quedan independientes de los tramos de jubilados que hoy mencionamos, es decir, quedan en el FONASA aportando un 4,5% y recibiendo la cobertura de un prestador integral de salud público o privado, igual que cualquier jubilado que hoy se jubila. Es como hacer retroactiva a las Cajas de Auxilio la norma de que cuando uno se jubilaba quedaba en el FONASA.

Voy a hacer dos comentarios finales, uno general sobre los topes de aportación y el otro más corto. Empiezo por el segundo. En el Presupuesto Nacional habíamos incluido una norma programática que ahora se incluyó como norma definitiva que sigue siendo de transición como sucede en todos los seguros de salud del mundo, el período de transición es largo, porque con un FONASA 100% universalizado deja de tener sentido, que tiene que ver con los beneficiarios hijos de contribuyentes que pierden la cobertura porque los padres quedan desocupados. En ese caso, el proyecto de ley prevé que si el contribuyente aportó durante un año y pierde el empleo, sus hijos tienen el derecho a quedarse un año más en el Fondo Nacional de Salud a costo fiscal, obviamente sin la aportación del padre. Este es un tema que seguramente sea de escaso impacto práctico en

un escenario de 6% de desempleo y de crecimiento económico como el previsto, pero es una medida de carácter más estructural que apunta a situaciones particulares que efectivamente se pueden dar. Obviamente, el que sea un año tiene que ver con el desempleo promedio y la reinserción de los trabajadores, una serie de cálculos técnicos sobre cuál es el período que debería cubrir el FONASA. Un año es un período de alta salvaguarda, las semanas de desempleo promedio andan en veinte o treinta, o sea que con cincuenta y dos semanas estamos bastante por encima del promedio de desocupación, con lo cual la cobertura es prácticamente entera, hasta que los contribuyentes, padre o madre, recuperen el empleo.

El otro comentario tiene que ver con los topes de la aportación. Lo que queremos plantear aquí básicamente es que frente a la realidad que se daba a partir de las contribuciones de profesionales y no profesionales, independientes, personas que eran las mismas que ya tenían cobertura y entraban a aportar sin una cobertura adicional, entendimos que debíamos ir a un proceso gradual de fortalecimiento del seguro de salud como seguro sistémico y transferir al sistema tributario general buena parte de las aportaciones que resultaban más visualizadas como impuestos y no como contribuciones a la seguridad social. Para eso hemos planteado un sistema de aportación en el cual las alícuotas son anticipos a una cuenta que se hace al final, en la que se comparan las aportaciones con los costos promedio que la salud tuvo para los núcleos familiares. Para referirse a este último punto le voy a dar la palabra al economista Massoller.

SEÑOR MASSOLLER.- Es un gusto participar de esta reunión conjunta de las Comisiones de Hacienda y de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados.

Antes de referirme concretamente al capítulo de ajustes al régimen de aportación, me gustaría hacer algunas reflexiones sobre la filosofía del proyecto de ley que tenemos a consideración. Realmente creo que estamos haciendo un avance sustancial en la profundización de la reforma de la salud, haciendo ajustes significativos a la Ley Nº 18.211 que contribuyen a perfeccionar y mejorar el régimen de salud.

Haciendo unos números muy rápidos, la perspectiva que tenemos para los próximos cinco años de incorporación al Fondo Nacional de Salud es de aproximadamente unos ochocientos treinta mil nuevos uruguayos. Ese número básicamente se compone por la totalidad de los jubilados que al día de hoy no cuentan con asistencia del FONASA: trescientos noventa mil jubilados, cincuenta mil profesionales y sus hijos, los trabajadores de las Cajas de Auxilio con sus hijos, que son unos sesenta y seis mil, y los patrones de empresas unipersonales de entre dos y cinco dependientes es de recordar, como mencionó el Ministro, que las unipersonales con un dependiente ya están incluidas; ahora estamos incorporando a los patrones de empresas unipersonales de dos a cinco dependientes, que estimamos son unas trece mil personas. También se van a incorporar unos veinte mil niños de trabajadores desocupados que dejan de tener subsidio por desempleo, los cónyuges de los contribuyentes proceso que va a ser gradual a partir del próximo año, aproximadamente doscientos mil, y también habrá un crecimiento vegetativo del FONASA por un aumento de los trabajadores activos. Eso nos da en un cálculo aproximado, ochocientos mil uruguayos que estarían integrándose al FONASA en los próximos cinco años. Vemos que este es un avance significativo de la reforma de la salud. Inclusive, en números, es un ingreso más masivo que en el período anterior, cuando se integraron los niños y otros colectivos, como por ejemplo los funcionarios públicos; recordemos que ingresaron alrededor de 550.000 personas a la ex DISSE, ahora FONASA, durante el período anterior.

SEÑOR BAYARDI.- Si no entendí mal, se habló de 66.000 ingresos al FONASA. En realidad, no son trabajadores de las Cajas, sino sus beneficiarios.

SEÑOR MASOLLER.- Sí, los beneficiarios de las Cajas de Auxilio y sus hijos, que estarán incluidos en el FONASA.

Sin duda, estos números son importantes e implican un avance significativo de la reforma.

La situación de las cuentas públicas permite llevan adelante un ingreso tan significativo al FONASA, con sus correspondientes costos. Es importante mencionar este punto. Actualmente, las cuentas públicas presentan una situación estructural sólida, fundamentos fiscales muy sólidos, que permiten viabilizar el ingreso de estos colectivos al FONASA, que de otra forma hubiera sido imposible.

Concretamente, el proyecto que se presenta al Parlamento, incorpora el colectivo más importante que es el de los jubilados, cuyo costo es muy importante y lo estimamos en el entorno de los US$ 230:000.000. Como dijo el señor Ministro de Salud Pública es un costo gradual, en la medida en que ese colectivo se incorporará gradualmente al FONASA.

Por otro lado, en materia de recaudación existe un efecto, debido a los cambios que se presentan en el régimen de aporte de los trabajadores, tanto dependientes como no dependientes al FONASA, así como por la gradualidad en la incorporación de las Cajas de Auxilio. Toda esta situación, que sin duda tiene un costo fiscal importante, es posible de asimilar por la situación de fortaleza que presentan las cuentas públicas actualmente.

Dicho esto, quiero concentrarme en el Capítulo II del proyecto, que establece los ajustes al régimen de contribución al FONASA.

¿Cuál es la filosofía del cambio que se presenta al Parlamento? Como se dijo, se busca eliminar el componente impositivo, que estaba implícito en el componente de aportes personales, tal como estaba planteado en la Ley Nº 18.211. La reforma no se diseñó para recaudar impuestos sino para favorecer al ciudadano y dar beneficios de salud a todos los uruguayos. Por lo tanto, se busca acercar y asociar los aportes concretos que los uruguayos realizan al FONASA con las prestaciones que efectivamente recibe el ciudadano del Fondo. Se busca una asociación mucho más estrecha entre aportación y beneficios recibidos por el Fondo.

Como el resto del gasto público social, el servicio de salud que brinda el Estado debe, como un objetivo de largo plazo, ser financiado más directamente por la estructura impositiva del país así como otros gastos, por ejemplo, la educación, vivienda, por Rentas Generales, que como todos sabemos fue reformada en forma significativa en 2007. Por lo tanto, se quiere poner más énfasis en el financiamiento del FONASA a través del sistema de impuestos y menos en las contribuciones personales. Concretamente, el mecanismo planteado consiste, en primer lugar, en establecer un costo promedio equivalente para el Sistema Nacional Integrado de Salud de las prestaciones de salud durante el ciclo de vida de los beneficiarios. Es decir, en primer lugar, se plantea un cálculo intertemporal, a lo largo del ciclo de vida del beneficiario, de un costo promedio equivalente de la prestación de salud. Para esto, se toma en cuenta la estructura de cápitas que, como se sabe, varía por edad y sexo, al mismo tiempo, se toma en cuenta los aportes al Fondo Nacional de Recursos, la expectativa de vida la población aspecto muy importante, porque a medida que avanza ese costo promedio de salud también se incrementa y una estimación de costos administrativos de gestión del Fondo Nacional de Salud. En base a esto, se define un valor de referencia, que en la ley se denomina "costo promedio equivalente para el Fondo Nacional de Salud" y sobre ese costo promedio se hace un procedimiento de adelantos, retenciones, anticipos mensuales, al FONASA con un mecanismo de liquidación final al cabo del ejercicio. Concretamente, se plantea que al cierre de cada ejercicio fiscal, el contribuyente deberá considerar la suma total de las prestaciones de salud efectivamente servidas por el FONASA, es decir, el costo promedio equivalente pagado por el beneficiario por sus hijos, cónyuge o concubino a cargo, y comprarlo con los anticipos mensuales. En caso de que la suma de estos anticipos sea superior, el excedente se devuelve a los contribuyentes en las condiciones que determine al Poder Ejecutivo, es decir, se deja librado a la reglamentación el mecanismo exacto de devolución de los excedentes. Obviamente, estos excedentes podrán considerarse como pagos a cuenta o cobrarse en forma efectiva.

Este mecanismo asegura el vínculo más estrecho entre las aportaciones al FONASA y las prestaciones que se reciben y, al mismo tiempo, permite atender realidades de trabajadores dependientes que realizan actividades independientes de prestación de servicios personales.

Básicamente, este es el esquema global que se está planteando en este proyecto, que además incorpora algunos ajustes a los artículos 70 y 71, para permitir una mejor administración del tributo, y en caso de que fuera necesario podríamos profundizar en las modificaciones planteadas.

SEÑOR GANDINI.- En primer lugar, para tratar de entender mejor esta exposición respecto a cómo funciona la devolución esta es la primera aproximación que tenemos al tema, me gustaría saber cuál es el concepto de prestación. ¿Es el valor de la cuota mutual o es el uso real del sistema? ¿Cuál es la medición que se hace y con relación a qué?

En segundo término, ¿cómo funciona la devolución cuando en el núcleo familiar dos trabajadores aportan, por ejemplo, el 6% supongamos un matrimonio con dos hijos, y esto excede el retorno? ¿En este caso la devolución se aplica al núcleo familiar o a uno de los trabajadores?

SEÑOR MASSOLLER.- La prestación se mide como un promedio del costo de atención sanitaria de un individuo a lo largo de todo su ciclo de vida. No es el mismo el costo de un niño que el de un trabajador en actividad que el de un jubilado. Entonces, se trata de hacer un cálculo intertemporal que tome en cuenta el costo promedio del trabajador a lo largo de toda su vida. No es la cápita ni la cuota sino un promedio intertemporal de esa cápita a lo largo de la vida de ese trabajador. Es una fórmula transparente porque no tiene los valores de las cápitas por edades, entonces se puede saber el costo promedio de esa persona teniendo en cuenta la expectativa de vida de los trabajadores.

Es importante mencionar que estamos hablando de un costo promedio que se aplica para cada una de las personas que integran el FONASA, es decir, es independiente del sexo y de la edad. Seguramente para los niños este costo es bastante más alto que el de la cápita, porque la cápita, el costo de atención para un niño, es menor $ 400 o $ 500, pero si eso se promedia a lo largo del ciclo de la vida, se llega a un costo bastante más alto.

SEÑOR GANDINI.- En una de las variables que es la expectativa de vida, ¿se toma el promedio o se toma por sexo? Porque es diferente.

SEÑOR MASSOLLER.- Por eso mencioné que es un valor promedio para toda la población del FONASA, que se aplica para hombres y mujeres a los efectos de que no haya una diferencia discriminatoria a favor de los hombres.

Con respecto al núcleo familiar, en el proyecto de ley se establece que se faculta al Poder Ejecutivo a establecer regímenes especiales en el caso de que los cónyuges o concubinos estén simultáneamente aportando al FONASA. En el proyecto de ley no se establece el procedimiento hay que trabajar en el tema; no es sencillo, pero la idea es apuntar a la lógica de núcleo familiar, es decir, que se consideren los ingresos globales del núcleo en el caso de que los dos integrantes del hogar aporten al FONASA y se compare el aporte total con el costo total de las prestaciones de ese hogar. En caso de que existieran diferencias positivas, se procedería a un mecanismo de devolución.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- El señor Ministro Lorenzo dijo a la prensa que el FONASA no se puede transformar en un impuesto y que los aportes que se hicieran de más serían devueltos.

En este proyecto de ley se plantea que al cierre del ejercicio fiscal, lo que sobrara luego de superar los costos más un 25% sería devuelto según lo determine el Poder Ejecutivo, el que también lo establecerá sobre regímenes especiales para las injusticias por dobles aportaciones de los cónyuges. ¿Por qué no se mejora el proyecto de ley estableciendo una forma justa de realizar estas devoluciones y regímenes especiales? De esa manera a nadie le quedarían dudas sobre cómo el Poder Ejecutivo va a cumplir con lo expresado por el señor Ministro Lorenzo.

SEÑOR MASSOLLER.- En ese punto me parece importante conocer en detalle la opinión del Director de la Asesoría Tributaria, que es quien más ha manejado la parte operativa de cómo se podría concretar la devolución.

Es un mecanismo sofisticado sobre el que hay que trabajar, por lo que entendimos conveniente que en este proyecto de ley no se especificara.

SEÑOR HERNÁNDEZ.- En el proyecto de ley no están planteadas todas las posibilidades que se pueden dar en cuanto a la comparación de aportación por núcleo familiar y beneficiarios del FONASA. Hay que prever distintas circunstancias de tiempo y condiciones en las cuales se realizaron las aportaciones, lo cual sería muy arduo de incluir en la ley. Lo importante es repetir lo que señalaba el economista Massoller: se pretende que el núcleo familiar en conjunto no supere en sus aportaciones la que corresponde a las prestaciones promedio de todos sus integrantes. Sucede que en el proyecto de

ley habría que prever en forma detallada lo que sucede cuando hay aportes realizados no durante todo el año sino en forma parcial, cuando hay disoluciones o conformaciones de núcleos familiares; creemos que esa es una situación que sí debe ser contemplada por la Administración, dado el grado de detalle necesario.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Quiero hacer dos comentarios puntuales.

El proyecto de ley prevé, por razones de lógica administrativa, que los ingresos previstos para el 1º de enero se posterguen para el 1º de julio, porque tanto los profesionales como los seguros convencionales no así las unipersonales, que esas ingresarían en el primer período en un caso no son aportantes al Banco de Previsión Social y en otro caso lo son, pero de Montepío y no en lo que refiere a la cobertura de salud. Esto requiere un trámite administrativo, por lo que nos parecía útil postergarlo para el 1º de julio, haciéndolo converger con el ingreso del primer tramo de jubilados. En realidad, el primer año de gradualidad es medio año porque el primer medio año queda como está.

También quiero señalar que nosotros entregamos a la Directiva de la Asociación de Escribanos del Uruguay y al Sistema Notarial de Salud, un agregado al proyecto que ustedes ya tienen aquí, que es el ingreso de los jubilados, para asimilarlo al proyecto de seguros convencionales. Es una propuesta de gradualidad que en este caso solo compete al aporte personal no hay aporte patronal, con la misma lógica que el aporte del cónyuge y del hijo al FONASA y el aporte del contribuyente directo. El día viernes nos reunimos con el señor Subsecretario de Trabajo y Seguridad Social, en el día de ayer le entregamos por escrito la propuesta, y creo que hoy o el día de mañana hay una asamblea; quedaron en responder sobre esta propuesta. En ese caso, nosotros lo enviaríamos como complemento al proyecto de ley que ya fue enviado a efectos de incorporar la gradualidad en el proyecto sobre la Caja Notarial. Quería informar esto porque, insisto, es el único colectivo que aún no ha dado respuesta sobre la propuesta de transición.

SEÑOR PRESIDENTE.- Suponiendo que no hay ninguna actividad parlamentaria sobre la Caja Notarial pero sí sobre el proyecto que el señor Ministro acaba de presentar, ¿qué pasaría el 1º de enero con los afiliados a la Caja Notarial? ¿Estarían en el régimen de los seguros complementarios?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es decir, tiene que haber un proyecto específico sobre la Caja Notarial.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- El artículo 69 distinguía, por un lado, seguros convencionales y, por otro, CHASSFOSE y la Caja Notarial; el decreto reglamentario establecía la posibilidad de incorporar otros colectivos. Por lo tanto, al ser soluciones que están separadas, requerirían postergaciones separadas.

Por eso ellos comprometieron para el 1º de diciembre luego de la asamblea que tendrán en el día de mañana dar una respuesta, y en ese caso nosotros obraremos en consecuencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Gracias por la aclaración.

SEÑOR ABDALA.- Damos la bienvenida a los señores Ministro y Subsecretario, al economista Massoller y a todas las autoridades que han concurrido en el día de hoy.

Haré algunos comentarios o consultas procurando ser breve porque el tema dispara distintas interrogantes que seguramente todos los señores legisladores tenemos interés en formular. Por lo tanto, me voy a ceñir a alguna de ellas.

En primer lugar, con relación al cronograma que el señor Ministro acaba de explicar de la incorporación de los pasivos al Sistema Nacional Integrado de Salud que fuera motivo de un anuncio público la semana anterior; he prestado mucha atención, creo que se ha sido coincidente con lo que se expresó la semana pasada, pero me asaltan algunas dudas.

Entiendo que estamos, como siempre se dijo, frente a una solución con una gradualidad notoriamente dilatada en función, por un lado, de las expectativas existentes, en particular por parte de los interesados, jubilados y pensionistas que no han sido incorporados y que están fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud y, por otro, con relación a las expectativas de quienes no somos jubilados ni pensionistas pero tenemos responsabilidades políticas y de gobierno y, en nuestro caso particular, en la condición de parlamentarios. En distintas instancias con el señor Ministro Olesker y con otros voceros o representantes del Poder Ejecutivo hemos conversado sobre estos temas y, sin embargo, aparecen algunos ingredientes nuevos que a nosotros nos generan preocupación.

En concreto me refiero a esta combinación que se hace de dos elementos, factores o indicadores a efectos de determinar el ingreso y la escala: por un lado, el nivel de la jubilación o pensión y, por otro, el nivel de edad, que trae consecuencias muy concretas y que, de hecho, posterga la incorporación de muchos de los interesados al sistema de salud de manera significativa.

Aquí hay un hecho de injusticia en la medida en que situaciones iguales de ciudadanos que tienen la condición de pasivos y que ganan lo mismo, tienen tratamientos diferentes, pues algunos están y otro no. Se me dirá que en el año 2016 estarán todos, pero es claro que entre tanto la situación de injusticia subsista durante un tiempo prolongado, en una etapa de la vida en la que todos sabemos que el paso del tiempo importa mucho y que uno, dos o tres años de diferencia trae consecuencias desde el punto de vista personal y familiar, es algo que no podemos desconocer.

El hecho es que hoy tenemos pasivos que están integrados al sistema de salud porque tenían la cuota mutual antes de la vigencia del FONASA, y tenemos jubilados y pensionistas que se han incorporado al sistema de salud porque son los nuevos jubilados, independientemente del nivel de sus ingresos, y que pasaron a esa condición con posterioridad a la vigencia del sistema de salud. Como aquí se ha dicho, ahora se incorporarán los jubilados de las cajas de auxilio; se incorporarán en forma inmediata lo acaba de manifestar el señor Ministro quienes tengan cobertura mutual y estén afiliados al Banco de Previsión Social. Para todos los demás, en todo caso, se aplicará una gradualidad que es una novedad respecto a las expectativas que con anterioridad el país entero tenía, particularmente los interesados; no estoy hablando de promesas preelectorales sino de la discusión que sobre esto se viene dando desde el 1º de marzo de este año.

Creo que hay que detenerse en la franja de setenta y cuatro años de edad y tres BPC, que es donde está el grueso. Todos sabemos alcanza con analizar el nivel de las prestaciones que sirve el Banco de Previsión Social que más de la mitad de los pasivos de Uruguay ganan menos, o en el entorno de tres bases de prestaciones contributivas.

Esa franja, que es la de menores ingresos, tenía la expectativa de ingresar en el 2011. En algún momento se dijo es verdad que ese ingreso se postergaría para el 2012, y todos sabemos que eso generó reacciones a mi juicio comprensibles, por lo menos de parte de los interesados; ahora se viene con un cronograma a través del cual en el 2011 ingresarían solo los discapacitados también es cierto que se dijo que tendrían prioridad, y a esto nunca nos opusimos y en el 2013 ingresarían quienes gana menos de tres BPC, pero siempre que tengan, por lo menos, setenta y cuatro años de edad. Me parece que esta es una novedad y un elemento que califica y resuelve la situación en un sentido diferente. ¿Por qué razón?

Quienes ganen tres BPC o menos, pero que hoy tengan setenta o setenta y un años de edad por lo tanto, no tendrán setenta y cuatro años de edad en el año 2012, verán postergado su ingreso. Y reitero que estamos hablando de una parte sustantiva del problema, no marginal, sino que diría pensando en dar prioridad a los pasivos de menores ingresos que estamos hablando no de la totalidad pero sí de un segmento significativo e importante.

Estas son las primeras consideraciones que ese aspecto me merece y me veía en la obligación de formular. Se me dirá que a la larga la solución es la misma, pero no es lo mismo el anuncio de ingresar en el 2011 que hacerlo en el 2013 o 2014. Nos parece que es un tema del que, aplicando el mero sentido común, todos podremos sacar las conclusiones correspondientes.

Por supuesto que habrá que escuchar a los interesados, a ONAJPU y demás organizaciones de jubilados, como también habrá que escuchar a los representantes de las cajas de auxilio antes de analizar la globalidad de este proyecto de ley cuando formalmente ingrese al Parlamento.

Con relación a las cajas de auxilio, hay muchas consultas, pero voy a formular solo dos, que me parece que tienen que ver con la esencia de la solución que acaba de ser presentada por el señor Ministro. Hemos echado un rápido vistazo no lectura sobre el proyecto que se acaba de distribuir.

El artículo 24 establece esto también se anunció públicamente una transferencia de aportes de las cajas de auxilio al Fondo Nacional de Salud. Está muy bien, pero así como está planteado me parece que esto representa una especie de muerte sucesiva de las cajas de auxilio, una suerte de muerte por asfixia con el transcurrir del tiempo en la medida en que en ese mismo tiempo no se encuentre una solución que, obviamente, debe ser de carácter económico y tiene que pasar por encontrar un recurso o generar una fuente de recursos para que las cajas de auxilio puedan seguir financiando las prestaciones y los servicios que brinda hoy y que, en tal caso, los recursos con que los brindan como se establece en el artículo 24 dejarán de servir o financiar esas prestaciones y pasarán al Fondo Nacional de Salud.

Quiero saber si estoy haciendo una lectura correcta, porque tal como está planteado, entiendo que esto es una forma de postergación calificada, es decir, postergamos en el tiempo la vigencia y la vida de las cajas de auxilio, pero las condenamos a muerte en la medida en que por asfixia reitero vamos dejándolas sin recursos.

La otra consulta tiene que ver con el artículo 23 que acabo de leer rápidamente, que es relevante con relación al debate público que se viene llevando a cabo. Aquí se establecería un mecanismo para regularizar, para habilitar o para aprobar la vigencia de las cajas de auxilio o seguros convencionales existentes que, advierto, es de una gran amplitud y le otorga una enorme discrecionalidad al Poder Ejecutivo. Por supuesto que alguien tiene que regular y quien regula es el Poder Ejecutivo; de eso no hay duda.

Además, veo que se establece que en un plazo de un año deben volver a pedir autorización ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para funcionar, presentar un estudio técnico que será evaluado por el Banco de Previsión Social quien informará. En todo caso, todo se reducirá al concepto de la viabilidad financiera que deberá ponderar el Poder Ejecutivo y, en función de considerar que la misma es tal o no, habilitará, quitará la aprobación o no otorgará la aprobación en cuanto a que las cajas de auxilio puedan funcionar.

La solución puede ser correcta, pero en el contexto en que nos encontramos y en función del debate que se ha venido llevando a cabo donde, entre otras cosas, buena parte de la polémica se concentró en la discusión de la presunta viabilidad financiera de las cajas, muchas veces relegadas por parte del propio Poder Ejecutivo, me parece una solución si este Poder viene a pedir al Parlamento un instrumento, que debería fundamentarlo adecuadamente porque a nosotros nos merece duda en la medida de que implica una solución, repito, de excesiva amplitud. Por este motivo, solicitamos al señor Ministro una aclaración adicional.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En realidad, el primer planteamiento es más una reflexión y el segundo, una pregunta. Respecto al primer planteamiento debemos señalar que hemos discutido este proceso de gradualidad con las organizaciones de interesados. Esta semana tenemos prevista una reunión a fin de mostrar la gradualidad definitiva. En general, todo proceso de incorporación de un colectivo es muy relevante sobre todo en un derecho humano tan esencial como es el de la salud que, por naturaleza, es progresivo, aunque se puede discutir su progresividad. El señor Diputado Abdala en la última sesión de la Comisión de Presupuestos nos preguntó si íbamos a combinar edad, ingresos y discapacidad. Estamos hablando del primer tramo, es decir, de 2012, en el que ingresarían 48.000 jubilados. Nos referimos a aquellas personas que están entre 2.6 BPC y 3 BPC; no se trata de todos los que están por debajo de 3 BPC porque los que están por debajo de 2.6 BPC ya tienen la cobertura.

Entre 1996, cuando se aprobó la Ley Nº 16.713, y el 2005, el único tramo que había ingresado es el de hasta 2.6 BPC, y solo jubilados, con lo cual nos parece que nuestra gradualidad es más acelerada que la que venía del período anterior; en el fondo esta es una visión más política y cada uno tiene la opción de hacerlo.

Antes que nada, quiero decir que la gradualidad no son cinco años sino ocho, porque cuando se aprobó la Ley Nº 18.211, ya se decidió postergar el ingreso. Si ustedes recuerdan, cuando se remitió el proyecto de ley al Parlamento, ingresaban las cajas y, en alguna medida, fue el Parlamento el que estableció la gradualidad hasta enero de 2011. Nosotros imaginamos que, sabiendo que las cajas en enero de 2011 tenían que transitar el camino del seguro nacional de salud, ya deberían haber tomado algunas medidas. Ahora lo que se hace es agregar cinco años más, o sea que estamos hablando de una gradualidad de ocho años para adaptarse. Es

verdad que finalizada la gradualidad es probable que queden algunas prestaciones complementarias que hoy dan como dice la propia ley los seguros convencionales y que todavía no son parte absoluta del FONASA, ya sea por el lado del subsidio por enfermedad o para alguna otra prestación. Precisamente, de lo que se trata es de encontrar convenios colectivos. En el caso de la banca ya se encontró y en cuanto al Sindicato Médico del Uruguay y de la Federación Médica del Interior también porque el convenio colectivo firmado en el Grupo 15 obliga a las empresas a dar hasta el 100% del subsidio por enfermedad por encima de las BPC que se aprueben, o sea que ya está acordado el principal componente que tenían las cajas médicas respecto a la prestación complementaria.

En cuanto al artículo 23, hubiéramos tenido dos posibilidades de trabajar en este tema. Podíamos decir que no incorporábamos el seguro complementario a la ley, que es un proceso de convenio colectivo como, por ejemplo, el que firmó el Grupo 15, los empleadores médicos con el Sindicato Médico del Uruguay y la FEMI. En este caso, los convenios colectivos se rigen por las normas del derecho laboral y punto. Ahora bien; si incorporamos el seguro complementario en una ley, y por lo tanto, damos rango legal, nos parece que respecto a la viabilidad asistencial está fuera de discusión, porque cualquiera que sea la forma jurídica nuestro Ministerio tiene la obligación de controlar. Sin embargo, con respecto a la viabilidad financiera, en la medida que se pide negociar esto fue una solicitud expresa de las organizaciones que no dejáramos a la mera negociación colectiva el seguro complementario sino que lo generáramos por ley nos parece lógico que si es por ley, el Estado debería tener capacidad de regular porque por una norma estaría habilitando a que determinadas empresas den prestaciones complementarias. Así existiría una viabilidad financiera aunque hoy está; actualmente los seguros sustitutivos de salud deben tener viabilidad financiera porque, de lo contrario, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social tiene la potestad de cerrarlos.

En nuestra versión original habíamos determinado ciento veinte días y este plazo lo extendimos a un año para dar ese tiempo. Entonces, culminada la transición de aportes al FONASA, existen acuerdos colectivos que garantizan que hay aportes complementarios a fin de financiar las prestaciones complementarias. En la medida en que nosotros somos el sostén por ley de ese seguro complementario, es lógico que nos demos ciertas garantías que, a nuestro juicio, son las mínimas que debe tener cualquier proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera saber si cuando se habla del acuerdo que se realizara por la cobertura del 100% del seguro de enfermedad para los médicos es solamente para quienes estaban afiliados a las cajas de auxilio o para todos quienes integran el Grupo 15.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Sí, es para todos.

SEÑOR TROBO.- En primer lugar, quiero decir que es bueno tener la opinión del Poder Ejecutivo sobre un tema tan importante. También es de orden señalar nuestro reconocimiento al señor Ministro de Salud Pública y a los funcionarios que lo acompañan.

En segundo término, también quiero hablar sobre una realidad. Me refiero a la férrea e inclaudicable posición del Ministro Olesker respecto a que esto era innegociable y que el 1º de enero de 2011 todos los integrantes de los regímenes de cajas de auxilio y seguros complementarios pasaban al FONASA sin discusión alguna. Por suerte, esto ha variado probablemente por presiones internas dentro del Gobierno. Entonces, felicito a quienes han logrado hacer comprender que los fenómenos no pueden ser el resultado de la voluntad sino de la razón. En este caso es un hecho que el país hace meses vive en un ambiente de reclamo por parte de empleados y empleadores que habían encontrado un mecanismo cooperativo de financiación de cierto tipo de riesgo que eran las cajas de auxilio, cuya muerte fue preanunciada. Entonces, de hecho, ingresar a un régimen de transición aunque no satisfaga plenamente según algunos de los aspectos que señalaba el señor Diputado Abdala, por lo menos es una luz. Con esto quiero decir que todavía hay gente que es capaz de transigir.

Me gustaría saber qué pasa con las cajas de auxilio y los seguros complementarios que ya se destruyeron por imperio de las normas jurídicas vigentes en algún caso y por la interpretación caprichosa en otro. El señor Ministro sabe que en algún momento le pregunté por algunas Cajas cuya liquidación había sido ordenada por el Banco de Previsión Social; habían sido nombrados los liquidadores, después el trámite quedó en suspenso y sobre ese tema no tenemos información desde aquella instancia de la Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social porque no la recibimos. Son varias las Cajas a las que ya se les aplicó el régimen legal vigente, algunas vinculadas al sistema financiero. En algunos casos eso supuso, además, la

pérdida de la fuente de trabajo de algunas personas. No sé si fueron afectadas muchas personas, pero tres, cuatro, cinco o seis trabajadores han quedado sin empleo precisamente porque las Cajas de Auxilio pasaron al régimen establecido en la ley de creación del FONASA y para nosotros eso es suficiente como para preguntar sobre esa situación.

Para nosotros también es importante saber cuál es el resultado o la ecuación fiscal de esta solución porque hasta ahora se nos decía que no había otra forma de resolver el ingreso de ciertos colectivos si no era con la totalidad de los aportes de los patrones y de los trabajadores de las Cajas de Auxilio y, de hecho, los aportes no van a ser los mismos que se esperaban en el caso de que la ley se aplicara según lo que estaba dispuesto originalmente. Entonces, quisiera saber cuál es el costo fiscal agregado que tiene esto y, obviamente, cómo se financia el hecho de que los aportes que en su momento se señalaba que debían volcarse al FONASA no se vayan a volcar.

También quiero hacer una pregunta respecto al costo de administración que se va a aplicar a los elementos que se van a poner en juego para fijar el costo de la salud que es el que, en definitiva, va a determinar los aportes que deba hacer cada beneficiario. Tenemos algunos datos en relación con que sería el 25% y la pregunta es por qué si hasta el día de hoy en la administración del Fondo Nacional de Salud no existía ese costo no se le cobraba ese costo al beneficiario, ahora se fija nada más ni nada menos que en un 25% que, a nuestro juicio, es una suma realmente muy importante.

Dicho esto, voy a hacer una última pregunta más política. El Ministro señala que se han hecho una serie de contactos con los interesados en este proyecto de ley para definir algunas cuestiones y quisiera saber qué voluntad tiene el Poder Ejecutivo de que el Parlamento intervenga en este proceso legislativo. Nosotros queremos saber si vale la pena hacer propuestas, analizar el tema, presentar alternativas o si directamente el propósito es que esto se apruebe como ingresa, sin mayor discusión o sin mayores aportes lo que, por otra parte, es un mecanismo que en la sanción de algunas leyes el Gobierno o la mayoría ha utilizado; saberlo nos dispondría con un estado de ánimo diferente respecto al análisis legislativo pues quizás podríamos realmente construir, aportar y agregar algunos elementos que perfeccionaran el proyecto de ley.

SEÑOR MASSOLLER.- Atendiendo la consulta respecto a los temas financieros referidos a las Cajas de Auxilio, como ya se había mencionado en participaciones anteriores, el colectivo de trabajadores amparados en estas Cajas, globalmente considerado, es superavitario. Esto quiere decir que sus aportes personales y patronales sobre sus salarios globalmente considerados superan aproximadamente entre US$ 45:000.000 y US$ 50:000.000 el costo de atención de los trabajadores, de sus hijos y de los cónyuges, en los casos que corresponda. Es decir que la incorporación de esos trabajadores generaba un superávit para el Fondo Nacional de Salud de entre US$ 45:000.000 y US$ 50:000.000. Ahora se está planteando una gradualidad que, de alguna forma, implica perder en un ciento por ciento ese excedente en el primer año y, también gradualmente, a medida que se van aumentando los aportes al FONASA, ese excedente se va recuperando y al cabo de cinco se contaría con la totalidad del excedente. Obviamente, hay que corregir los números por el cambio en el régimen de aportación que establece límites a partir de los cuales se devuelven los excedentes a los trabajadores.

En resumen, y respondiendo la pregunta, este cambio en el mecanismo de aporte al FONASA de los trabajadores amparados en las Cajas de Auxilio supone una pérdida respecto del proyecto original, es decir, de la Ley Nº 18.211, de aproximadamente US$ 45:000.000 en el primer año de vigencia de la ley. ¿Cómo se va a atender eso? Como mencionaba en la exposición anterior, el costo de esa gradualidad es a cuenta de la situación de las cuentas públicas, de Rentas Generales. A partir de una situación de relativa fortaleza actual se posibilita que ese costo, que es transitorio, se asuma por Rentas Generales.

La otra pregunta que hacía el señor Diputado Trobo refería al cálculo del costo de salud que, como hemos dicho, es un cálculo promedio, intertemporal, que toma en cuenta el costo de las cápitas a lo largo del ciclo de vida de las personas, y a eso se le agrega un costo de administración y también un cálculo de expectativa de vida de la población. El porcentaje del 25% surge a partir de la situación actual del Fondo Nacional de Salud. Actualmente, los afiliados a ese Fondo ya cuentan con una edad relativamente alta lo que, de alguna forma, encarece el costo de la prestación para las nuevas personas que se integren a partir de ahora. Eso también se tiene en cuenta al fijar ese coeficiente que también contempla consideraciones de equidad entre sexos y por edad. En base a la evaluación de los costos de administración y a la realidad financiera actual del Fondo Nacional de Salud, se establece el 25%.

SEÑOR VALLCORBA.- Simplemente quiero ilustrar con un número lo que señalaba el economista Masoller. Como está planteado en la ley y fue aclarado aquí, la referencia que se considera es un costo a lo largo del ciclo de vida de las personas, es decir considerando el costo que significa para el seguro nacional de salud la cobertura de una persona desde que nace hasta que fallece, teniendo en cuenta las diferencias en términos de tasa de expectativa de vida por sexo y la proporción por sexo que tienen los beneficiarios del seguro.

La realidad es que el momento en el que se incorporan los beneficiarios al seguro no es desde que tienen cero año, y eso implica un cambio importante en cuanto al costo. Por ejemplo, una persona que comienza a tener cobertura en el seguro nacional de salud a los 40 años, tiene para el seguro un costo 30% mayor al costo promedio equivalente que se toma como referencia en la ley. ¿Por qué? Porque, precisamente, en el período de la vida previo a los cuarenta años, la cápita tiene un menor costo. Entonces, una persona que se incorpora al seguro a los cuarenta años tiene un costo para el seguro que es 30% superior al que nosotros estamos considerando en la ley, que es a partir del momento en que nace.

Entonces, dada la composición que tiene actualmente el Seguro, es necesario contemplar también esas diferencias que son actuariales digamos, del momento en que uno se incorpora. Esto da una idea de cuál es el costo que va a tener el promedio del colectivo que hoy está cubierto por el FONASA en los próximos treinta años que es aproximadamente la expectativa de vida promedio de los que están hoy en el Seguro.

Ese también es un elemento que se tiene en cuenta al momento de calibrar el 25% a que hacía referencia el señor Diputado Trobo.

SEÑOR TROBO.- Quiero que se precise muy claramente qué es costo de administración. Por un lado, tenemos un componente que son las prestaciones de salud durante toda la vida del beneficiario, y eso tiene un valor promedio que se calcula según la forma en que se nos explicó. Pero además de eso hay un 25% de costo de administración. ¿Qué significa eso? ¿Qué es el costo de administración? Y, ¿por qué hago esta pregunta? Vamos a ser francos. Acá se ha señalado un primer gran cambio por parte del señor Ministro y después lo repitió el economista Massoller: se elimina el componente impositivo. O sea, prácticamente volvemos al régimen de DISSE, con una amplitud mayor, con aportes patronales y del trabajador. O sea: vamos a un régimen que está vinculado al individuo que recibe la prestación. Ahora bien, ¿la administración de todos esos recursos le cuesta a cada uno un 25%? Esa es la pregunta. ¿Por qué ese 25% no está incluido dentro del valor de las prestaciones de salud durante toda la vida de los beneficiarios?

SEÑOR PRESIDENTE.- Nosotros entendimos que la pregunta había sido contestada.

SEÑOR TROBO.- ¿Me permite, señor Presidente?

SEÑOR PRESIDENTE.- Señor Diputado: vamos a tratar de acortar las intervenciones a los efectos de que los demás legisladores puedan preguntar también. Sobre esa pregunta hubo respuestas de los economistas Massoller y Vallcorba.

SEÑOR TROBO.- Acorte sus comentarios así no discutimos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a manejar la Presidencia como corresponde. Si usted tiene alguna objeción, ya sabe lo que tiene que hacer.

SEÑOR TROBO.- En definitiva, no tiene por qué opinar; ellos respondieron y yo no entendí.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el economista Massoller.

SEÑOR MASSOLLER.- Tratando de ser lo más claro posible, hay que distinguir el costo de administración del costo de cobertura. El costo de administración está incluido en la definición planteada en el artículo 55 cuando se hace referencia al costo promedio equivalente de las prestaciones de salud para el Seguro Nacional. En ese caso se incluye una estimación del costo de administración

que, si bien al día de hoy no está calculada, es una medida que está en el entorno del 5%, del 7%. Es lo que hay que estimar.

Por otro lado, está el costo de cobertura, que es lo que está reflejando ese 25% que de alguna forma atiende la actual estructura por edades de los actuales miembros del FONASA. Ese es el planteo que trataba de hacer el economista Vallcorba: en virtud de que la edad promedio de los actuales integrantes del FONASA es relativamente alta entre cuarenta y cuarenta y cinco años, el costo de atención de salud de esa población es mayor que el costo promedio de una persona a lo largo de toda su vida. ¿Por qué? Porque los primeros cuarenta años de vida, que es cuando los costos son más reducidos, no se están tomando en cuenta. Hay que mirar que esa población es de ahora hacia el futuro. Por ejemplo, los trabajadores que están muy cercanos a la edad de retiro tienen un costo de atención de salud seguramente muy superior al promedio que se establece acá. Por eso, el coeficiente de 1,25 pretende reflejar la realidad actual y con seguridad por muchos años de la población atendida por el FONASA.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Simplemente, con respecto a la última consulta del señor Diputado Trobo, nosotros presentamos un proyecto que tiene un alcance muy global y, por lo tanto, debe ser estudiado y debe ser objeto de aportes, tomando en cuenta que tenemos una restricción temporal por el ingreso de estos colectivos el 1º de enero. De cualquier manera, el Subsecretario de Trabajo y Seguridad Social, el equipo del Ministerio de Economía y Finanzas y yo estamos a disposición para venir todos los días, si fuera necesario, para llegar antes de fin de año a la aprobación de este proyecto.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.- En el caso de todas las Cajas que han desaparecido, el procedimiento que se hace cuando interviene el Banco de Previsión Social es dictar un decreto porque esto es parte de la reforma central. ¿Qué acontecía? Cuando muchas de estas Cajas y algunas no son tales quedaban desfinanciadas, se utilizaba un modelo sustitutivo: o bien se tenía la cobertura de DISSE o el modelo de las Cajas de Auxilio. Ahora se trata de un sistema de seguridad social complementario: las prestaciones que no cubra el sistema pueden ser acordadas de determinada manera.

¿Qué pasaba? Cuando una de estas Cajas entraba en un desfinanciamiento quizás esto responde alguna de las preguntas del señor Diputado Abdala, había que intervenir y tomar dos posiciones. Una era entrar en el proceso liquidatorio de esta persona jurídica y la segunda cosa que había que hacer era traer a ese colectivo hacia el colectivo social, es decir, hacia el régimen general de la ex DISSE. Eso fue lo que se fue haciendo con esas Cajas que sucesivamente fueron cayendo, por decirlo de alguna manera.

El señor Diputado también preguntaba acerca de la suerte de los trabajadores de estas Cajas. En realidad, han sido pocas las intervenciones y en este momento el Banco de Previsión Social tiene para hacer algunas, pero está a la espera de cómo se procese este proyecto. En todo caso tal como dice el señor Diputado, no creo que hayan sido afectadas más de siete u ocho personas. No podría decirle cuál fue la suerte que esas personas han tenido con sus trabajos; sé que los fondos han desaparecido como desaparece cualquier tipo de empresa. Desde el punto de vista laboral suponemos que se les habrá pagado el despido y el resto de sus prestaciones. Ahora, no hay ningún tratamiento especial. No se les ha asimilado, por ejemplo, a servicios de salud o de seguridad social o por el propio Banco de Previsión Social. No sé si en concreto he respondido a la inquietud del señor Diputado.

SEÑOR TROBO.- Creo que ya sea que se trate de un trabajo o de siete trabajos, es una cifra importante para tomar en cuenta.

Por lo pronto, deseo que en una próxima instancia tengamos información sobre lo que ha ocurrido con las Cajas de Auxilio que han debido ingresar al FONASA. Supongo que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social o el Banco de Previsión Social tienen esa información, sobre todo teniendo en cuenta lo recordará el señor Subsecretario que el 1º de enero de 2010 a las Cajas de las entidades financieras se les aplicó el criterio que había sido aplicado a las Cajas del sistema financiero, que no tenían el mismo régimen porque el acuerdo obrero patronal no había sido el mismo; no habían tenido un acuerdo por el cual se sustituía lo que perdían por la derogación del régimen de las Cajas de Auxilio del sistema financiero y esas situaciones causaron un gran daño a una cantidad de beneficiarios del sistema de Cajas y a algunas personas empleadas.

Y ocurrió lo mismo con las Cajas de las compañías de seguros, que también fueron asimiladas al criterio de las Cajas del sistema financiero y no tenían ese convenio. Por lo tanto, ellos perdieron en serio, porque no tenían un convenio y tuvieron que ingresar al régimen; prácticamente se inviabilizó el funcionamiento de sus Cajas y los beneficios complementarios que tenían, que ahora si estuvieran en este régimen podrían ser financiados con el aporte progresivo, pero directamente no los van a tener. Entonces, son realidades que se dieron en ese tránsito hasta la fecha en la que se sancionó esta ley que deberían ser analizadas y estudiadas. Yo creo por lo menos lo procuro que se debería impulsar alguna solución al respecto; pienso que esto se debería estudiar y analizar y luego se nos debería informar acerca de cuáles han sido las consecuencias.

SEÑOR ROMBYS.- En primer lugar, quiero saludar a los integrantes de la delegación.

Mi preocupación radica en que creo que hay una pérdida del carácter solidario del sistema a partir de lo que se prevé como cuentas individuales, dado que estamos hablando de reintegros.

Por lo tanto, quisiera saber de qué manera se va a financiar en el futuro a fin de contemplar el carácter solidario que debe tener el sistema. Si bien esto no va a ser a partir del carácter impositivo que tenía el FONASA, quisiera saber cuál es la forma que se va a implementar para que cada uno aporte de acuerdo con lo que gana y de esa manera darle al sistema el carácter solidario que debe tener.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Quiero retomar lo que decía el señor economista Massoller. Un sistema de salud tiene tres grandes componentes solidarios y redistributivos. Uno opera entre generaciones, entre sexos y se relaciona, como decía el economista Vallcorba, con la edad en la que se ingresa. Ese componente se mantiene porque no se hace ninguna comparación. Hay que tener en cuenta que esto no es una cuenta individual; lo sería si se comparara con lo que cada uno aportaría al Fondo Nacional de Salud, lo que sí quebraría el componente de solidaridad, que es clave en un sistema de salud. Pero, como dije, eso se mantiene; los economistas Massoller y Vallcorba explicaron con claridad cómo se calcula la cápita promedio a lo largo del ciclo de vida.

Este sistema también tiene un segundo componente solidario, que es la aportación patronal, la de las empresas, que aportan un 5% al Fondo Nacional de Salud; esto vale, tanto para las empresas que mencioné, como para aquellas que están transitando por esta solución transicional para las Cajas.

Finalmente, el componente de la devolución por encima del tope se compensa, obviamente, con recursos fiscales que ya tienen una estructura de tributación basada en un componente solidario, que es el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, incorporado en 2007 y, seguramente, con lo que surja de algunos anuncios que se irán haciendo a lo largo del período de Gobierno relativos a la modificación de la estructura tributaria. O sea que esta trilogía es la que determina la esencia del componente solidario, que es sanitario, y el traslado del componente solidario tributario a la estructura de impuestos.

SEÑOR ROMBYS.- El señor Ministro se refirió al aporte a través del IRPF, pero quisiera saber si va a haber algún incremento en dichos aportes.

SEÑOR MASSOLLER.- Hasta ahora hemos hecho una estimación muy parcial acerca de cuál va a ser el impacto efectivo en caja de estos cambios que se están proponiendo respecto a los aportes al FONASA. La estimación que manejamos, de acuerdo con el mecanismo que se está plantando, refiere a una pérdida de recaudación muy poco significativa. De todas formas esto, al igual que cuando fueron planteados los cambios en la estructura tributaria, está sujeto a evaluación y, obviamente, a la implementación de las acciones y medidas que se consideren necesarias para recomponer la estructura de recaudación y el componente de progresividad en materia de tributación. Es importante mencionar que la reforma tributaria plantea, de alguna forma, una revisión continua a los efectos de profundizar los objetivos de equidad y de eficiencia que ella implica. Por lo tanto, esta situación va a ser considerada continuamente cuando se vayan evaluando la característica, la progresividad del sistema tributario uruguayo.

SEÑOR BAYARDI.- Quisiera dejar algunas constancias que tienen que ver con la pregunta realizada por el señor Diputado Rombys.

Este fue un largo proceso que se llevó a cabo en el interior del Gobierno que llevó a que entre la bancada y el Gobierno tratáramos de encontrar la mejor solución para solucionar un tema relativamente complicado.

Creo que se ha encontrado una muy buena solución que ha profundizado el tema de la incorporación al sistema y pienso que hay que darle celeridad, cosa que los miembros titulares de la Comisión determinarán. Además, se trató de incorporar algunas demandas de algunos colectivos, en algún caso legítimas, y en otros que perduraron con un nivel de demanda "abracadabrante". Y voy a hablar de mis colegas de la Sociedades Anestésico Quirúrgicas, ya que me enteré que cuando se les dijo que iba a haber reintegro después de la cuota, manifestaron que quieren que el reintegro no se grave con IRPF. Esto es de "Ripley"; es la prueba del nueve de muchas de las cosas que estaban en la discusión. Está bien que en la discusión haya estado el seguro por enfermedad que siempre dije que había que contemplarlo porque era una necesidad, pero hoy los integrantes de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas piden que a lo que se les devuelva no se le grave el IRPF. Entonces, "pica", ahí están los chiquilines.

Cuando entramos a la Facultad de Medicina esto ya lo dije muchas veces y defendíamos la creación de un fondo para extenderlo al conjunto de la sociedad, partíamos de la base de que todos íbamos a aportar de acuerdo con nuestra capacidad. O sea, lo que hicieron los antiguos gallegos cuando bajaron de los barcos. Siempre se dice que los gallegos que vinieron de las estepas escarpadas de la zona de Santiago de Compostela eran brutos, pero cuando llegaron acá, para cubrir las contingencias en materia de seguridad, pensaron en aportar un jornal diario. Y en ese momento no se dijo que el jornal podía ser de dos vintenes no sé si peso oro; no recuerdo qué moneda se usaba en aquel momento, porque ellos aportaron de acuerdo a su capacidad contributiva. Seguramente esos inmigrantes no habían pasado por la Facultad de Medicina pero, de todos modos, supieron construir un nivel de solidaridad.

Y esto no tiene nada que ver con que hubiera otros sistemas que todavía no habían sido incorporados al sistema y que creo que deberían haberlo sido y perdí durante el Gobierno anterior, cuando estuve en el Ministerio; me refiero a la Caja de Sanidad Militar. En su momento planteé que debía incorporarse al sistema, aunque algunos Oficiales Generales se resistían. Recuerdo que había un coronel muy inteligente, de esos que juegan a la mancha con las liebres, que trataba de convencer a todo el mundo para incorporarse al sistema, porque con lo que se iba a pagar por cápita iba a haber US$ 10:000.000 más al año para Sanidad Militar por concepto de reintegro. Fue el único que levantó el centro y vio el arco libre.

Con esto quiero decir que en la discusión que tuvimos en el Gobierno se hicieron algunas observaciones. Es cierto lo que dijo el señor Diputado Rombys: en esta parte estamos perdiendo un poco la solidaridad contributiva para el mantenimiento del sistema; esa ha sido mi opinión, independientemente de que creo que en el futuro deberíamos ir hacia un sistema quiero anunciarlo en el que las tasas del IRPF terminen financiando todos los gastos y las prestaciones que la sociedad en colectivo vaya a hacer. Espero que mis colegas médicos no hablo de otros colectivos, sino del mío, porque creo que tengo algún derecho para hacerlo no protesten cuando haya incrementos de las tasas del IRPF para que se aporte de acuerdo con la capacidad de contribuir; capaz que realizan algún otro paro o convocatoria a la huelga.

Me gustaría que esto quedara claro, porque no querría dar dos veces la discusión. Es más: yo planteé en un momento determinado que lo que quería era que se incrementaran las tasas en este proyecto, porque quería dar la discusión una vez sola. No quiero dar la discusión dos, tres, cuatro o seis veces, cada vez que se habla del tema. Después saltan los colectivos a hacer sus reivindicaciones, pero en realidad se soslaya lo que hemos ido construyendo. No voy a preguntar ahora cuándo vendrá ese proyecto o anteproyecto para que pueda ser discutido, pero quería dejar planteado esto porque no me gusta que nos llamemos a engaño en cuanto a que cualquier brecha fiscal que pudiera haber en término de costos serán mucho o pocos; me tiene sin cuidado, en lo que tiene que ver con la incorporación al sistema en el futuro deberá ser compensada con tributos.

No debemos tener miedo a los tributos. Parece que tenemos miedo a las formas de tributación, pero la solidaridad en una sociedad se construye tributando. Podremos discutir si están bien o mal las tasas que corresponden a determinados estratos de la sociedad, pero creo que hay que dar esta discusión. El IRPF fue diseñado creo que ya lo dijo el economista Massoller o el Ministro Olesker para poder movernos entre las franjas como un tributo único, simplificado, que permite asumir el conjunto de las contingencias que se dan en la sociedad, entre ellas, la propia sustentación de los costos del Estado. Dejo esto planteado porque no quiero que nos engañemos; la relación con el Poder Ejecutivo en la demanda de este tipo de soluciones es

una discusión que está dentro de la bancada del Partido de Gobierno. Comparto que este ha sido un avance muy significativo en lo que refiere a la incorporación de los colectivos.

Quiero aclarar porque después parece que todos inventamos la pólvora que en la fuerza política de Gobierno también está en discusión qué hacemos con las reformas en las tributaciones futuras que haya en este período. Cualquier modificación de naturaleza tributaria también podría ocasionar preocupaciones, como la que legítimamente planteó el señor Diputado Abdala, en lo que refiere a la incorporación de los colectivos. Cuando nosotros decimos que hay que incorporar colectivos y queremos que estén todos; ojalá que mi fuerza política el día que los incorpore a todos sepa trabajar con ellos y decir: "Señor: lo incorporamos nosotros; no los incorporó otro en la historia de este país" sabemos que tiene costos y por eso hay que terminar de asumir esa incorporación. Como el año que viene se va a dar una discusión acerca de cómo vamos a operar eventuales modificaciones en materia tributaria, no querría que diéramos por terminada la preocupación legítima que tiene el señor Diputado Abdala. Si eso se gana, yo voy a decir a todos los pasivos y jubilados cómo se ha dado el proceso de integración, quién lo ha integrado y quién ha colaborado desde la oposición.

SEÑOR GANDINI.- Algunas intervenciones me generaron dudas; por eso voy a tratar de confirmar algunos aspectos.

Esta cuota salud, que se fijaría como base para el eventual reintegro que no es ni la cuota mutual ni la cápita, sino este promedio a lo largo de toda la vida es única, independientemente de la edad a la que se incorpore la persona al sistema. Todas estas son variables que se incluyen para establecer un promedio único, e independientemente de la edad o el sexo de la persona se va a calcular sobre esa única cuota. ¿Es así?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Sí.

SEÑOR GANDINI.- El sistema cambia la solidaridad vigente a otra, que me parece es la que existía antes.

La cuota FONASA era un sistema de solidaridad similar al del IRPF trabajo: quien más gana por su salario, más paga al Fondo, en forma solidaria, independientemente de lo que recibe de él. Se supone que recibe las mismas prestaciones, pero paga más si gana más. Esto es lo vigente.

Ahora retornaríamos a una especie de sistema mutual único, global, en el que se puede elegir el prestador. Es un sistema a partir del cual al final del año, luego del reintegro, todos pagaron lo mismo. La solidaridad está referida a una variable o a un promedio igual para todos, independientemente de lo que cada uno recibe. El sistema mutual funcionaba sobre una base muy similar: jóvenes, viejos, mujeres, hombres, sanos o enfermos pagaban una cuota única, que ingresaba a un fondo común, del cual la mutualista pagaba las prestaciones a quien las recibía y equilibraba sus recursos o sus gastos con el aporte de aquellos otros que no usaban el sistema. Esto se basa en un concepto de solidaridad que no está referido a cuánto gana, sino a un cálculo para todos igual de ese promedio de cuota salud a lo largo de toda la vida. Por lo tanto, me parece que el sistema salva la solidaridad y retorna a una práctica que, a mi juicio, fue saludable, con la particularidad de que cada uno puede elegir el prestador, que puede ser público o privado. Considero que eso es correcto. De hecho, hay gente que gana mucho dinero y hoy paga una cuota muy alta y, al final, va a tener un retorno importante.

Voy a plantear una duda que introdujo recién el señor Diputado preopinante. El IRPF grava el salario, pero no grava el Montepío ni la cuota FONASA. Por lo tanto, si no la grava, cuando hay un retorno al final del año, este tiene que gravarse, porque si la persona hubiera cobrado eso, habría estado gravado en el salario. Entonces, parece lógico que ese reintegro que se hace porque debió estar en el salario esté gravado con IRPF porque si hubiera sido parte del salario, lo habría estado. Habrá que ver cómo se calcula porque va a pasar lo mismo que con el aguinaldo: en determinado mes se suma con el salario, cambia la franja, y se generan una serie de problemas que habrá que ver cómo se administran. Parece lógico que sea así si es correcta la afirmación de que el IRPF no grava la cuota FONASA.

La otra pregunta que me queda está vinculada al costo que tiene esto. El economista Massoller decía que al final del proceso, se calcula con los datos que se tienen hoy sobre la mesa que será de unos US$ 220:000.000 o US$ 230:000.000 anuales; obviamente esto será gradual, en tanto los colectivos se incorporan gradualmente. ¿Cómo se prevé presupuestalmente este gasto?

Estamos aprobando el Presupuesto Nacional, que tendrá las previsiones de déficit allí establecidas, y un equilibrio relativo entre egresos e ingresos. Los ingresos están proyectados con variables que se nos han explicado y que no tienen por qué sufrir modificaciones; no han sido previstas para mantener esa ecuación. Pero de aprobarse este proyecto, los egresos aumentarían por encima de lo previsto en el Presupuesto para cada uno de los años que componen el quinquenio de manera diferencial, y empezarían a incrementarse a partir de 2011 con el primer ingreso del colectivo. Desde el punto de vista del Presupuesto, de la técnica presupuestal, ¿cómo se compatibiliza esta nueva ley que con la aprobación parlamentaria de los egresos del Gobierno Nacional? Se dice que va a financiarse con Rentas Generales, pero en el Presupuesto no está y debería estar.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Obviamente, no hay doble deducción. O se deduce menos de FONASA y ya se descuenta lo que se aporta o se grava luego.

El señor Diputado Bayardi comentaba que se estaba solicitando que esa devolución no estuviera gravada. El sistema se está discutiendo, pero está claro que, o bien no se deduce, o se grava después; no hay dudas sobre eso.

Hay un componente de análisis que yo agregaría al razonamiento que hace el señor Diputado Gandini: las contribuciones de un importante porcentaje de la población calculamos un 60% o 70% no alcanzan a la cápita promedio multiplicada por el núcleo familiar, y a los que les alcanza tienen que superar el 25%, así que el componente redistributivo en su fase superior se traslada a la órbita tributaria. Así que igual tiene por ingresos un componente redistributivo, aunque la lógica es que el componente redistributivo más importante sea el sanitario y que el ingreso se traslade a la órbita tributaria. Quien gana $ 10.000 va a pagar un 6% $ 600 por él y sus hijos y, obviamente, va a estar muy lejos de lo que debería aportar.

SEÑOR GANDINI.- A ese análisis agregaría que cuando existía el sistema mutual también había un componente solidario muy importante, ya que a través del ingreso tributario pagábamos la salud pública para aquellos que no podían ingresar al sistema. Siempre hubo una redistribución a partir del ingreso tributario: los que más ganaban o más gastaban pagaban más impuestos por una vía o por otra y con eso se alimentaba el sistema público de salud al que accedían todos los que no podían ingresar al sistema mutual.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Mi reflexión tiene que ver sobre todo con la comparación con la cuota mutual única. Me parece que hay un cambio sustantivo al incorporar al núcleo familiar en la aportación.

SEÑOR MASSOLLER.- Con respecto al IRPF, al tratamiento tributario de las devoluciones, es importante destacar que en ningún momento se va a admitir doble tributación. La renta del trabajador es única y sobre esa renta se paga el IRPF. Cómo se va a tratar esa devolución dependerá o no de la forma en que se acepten los aportes al FONASA como deducibles. Si esos aportes se aceptan por el valor efectivo de las prestaciones que el contribuyente paga al FONASA, en ese caso no habría necesidad de hacer ningún tipo de gravamen sobre las devoluciones en el caso de que las hubiera porque en ese caso sí estaríamos ante una situación de doble imposición. Pero si se va por la vía que hay que estudiar y se va a establecer en la reglamentación de que en las deducciones se tome en cuenta efectivamente el valor pagado de cápita y no el anticipo, es decir, el 6% o el 4,5%, las devoluciones no tendrían aporte de IRPF. Globalmente hay dos maneras de resolver las formas de tributación si se toman las deducciones por el valor de las cápitas o por el anticipo; en función de eso las devoluciones quedarían o no gravadas. Pero la renta es única y la lógica es que se grava una única vez.

Respecto una duda legítima y lógica con respecto a cómo se compatibiliza la incorporación de estos colectivos con las metas presupuestales, yo adelantaba algo en mi presentación inicial. Decía que la situación actual de las cuentas públicas refleja una fortaleza que permite viabilizar eso, inclusive cumpliendo las metas establecidas en el Presupuesto nacional. Para este año estábamos previendo un déficit fiscal global de 1,2% del Producto Bruto Interno; creemos que vamos a estar en línea con ese resultado, pero hay un aspecto muy importante y es la existencia de un ahorro como consecuencia del exceso de lluvias. Esto ha generado la posibilidad de crear un Fondo de Estabilización Energética que significa un ahorro efectivo de US$

150:000.000, que está indicando que la situación estructural de las cuentas públicas es mejor que la meta prevista en el Presupuesto nacional de 1,2% del PBI.

Esa situación más favorable de las cuentas públicas es la que permite viabilizar la incorporación del colectivo de los jubilados que es el que tiene el costo más significativo sin afectar las metas globales establecidas en el Presupuesto nacional. De todas formas, estas erogaciones, este mayor gasto previsto, va a ser tenido en cuenta en las próximas Rendiciones de Cuentas a los efectos de determinar el espacio fiscal para las próximas instancias. En la medida en que no haya ajustes en las proyecciones macroeconómicas, esta incorporación limita las posibilidades de gastos en otras áreas.

SEÑOR GANDINI.- Entonces es correcto decir que este proyecto está desfinanciado; se tendrá que financiar con déficit. De lo contrario, utilizamos la técnica de que cada vez que necesito plata "corro la raya" como se hizo en el Gobierno pasado y digo: "Ahora ya no preveo que el PBI vaya a ser del 4%, sino que va a ser del 4,5%, así pongo adentro de las cuentas públicas el mayor exceso". Entonces, ¿para qué hace un mes vinieron a decirnos, con solidez que quedaba en 4%, si cada vez que necesito plata corro la raya y hago mejores proyecciones? Mañana ponemos otra cosa y corremos otro poquito la raya.

Este proyecto quinquenal no tiene financiamiento en el Presupuesto que se va a aprobar en quince días en este Parlamento. Estamos aprobando un proyecto quinquenal cuyo ingreso previsto es de US$ 9.500:000.000 para el año 2011 y de US$ 12.000:000.000 o un poco menos para el año 2015. Dentro de eso no están estos US$ 200:000.000. Ni en el año 2011 ni en el 2012, ni en el 2013 ni en el 2015. No están los ingresos.

Tampoco está autorizado el egreso. Debo recordar que los egresos los aprueba el Parlamento, con leyes de Presupuesto o de Rendición de Cuentas. Este es un ingreso no en partida única para un año, sino para un quinquenio es decir, para todo el período de Gobierno, que se debe aprobar en la norma presupuestal, y no está previsto. Al mismo tiempo en que estamos aprobando el Presupuesto quinquenal con cuentas públicas que nos trae el Gobierno, estamos aprobando un proyecto que incrementa el gasto. Yo no me opongo, pero esto tiene que ser consistente con el proyecto de Ley de Presupuesto y no lo es; no es consistente con el presupuesto que nos remitió Salud Pública, ASSE, ni nadie que esté involucrado en la prestación de este nuevo sistema de salud.

Quiero dejar constancia de que se financiará con el déficit o con la suerte que podamos correr de que el PBI sea más de un 4%. Podremos incorporar este concepto en el discurso, pero en el texto y en el planillado del Presupuesto que debate el Parlamento esto no consta como ingreso ni como egreso.

SEÑOR MASSOLLER.- Lamento que de mis palabras el señor Diputado Gandini haya interpretado que estos gastos están desfinanciados; no es así. Estamos planteando que la situación de las cuentas públicas del 2010 es más favorable en materia de ingresos que lo previsto en el Presupuesto nacional. Ese resultado más favorable se ha puesto en un Fondo de Estabilización Energética, constituido con US$ 150:000.000. Esto, de alguna forma, refleja esta situación más favorable de las cuentas públicas en materia de ingresos porque, efectivamente, el crecimiento económico de este año se ha ubicado por encima de lo proyectado en el Presupuesto nacional. Es decir, en 2010 se cuenta con un espacio fiscal adicional debido a esa situación de mayor fortaleza de las cuentas públicas que permite crear un espacio para estos gastos adicionales en el futuro.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Bernini)

—— Es cierto que las erogaciones previstas en este proyecto no constan en el Presupuesto nacional, pero si se aprobara esta iniciativa ya se estaría dando el visto bueno para que el financiamiento de estos nuevos gastos en materia de salud sea atendido con recursos de Rentas Generales.

SEÑOR ASTI.- Recién se dijo que este gasto estaba desfinanciado porque la erogación no estaba prevista en el Presupuesto y que todo gasto futuro debería incluirse en la norma presupuestal.

Ya aclaramos en su momento en la discusión parlamentaria que en el literal V) de las Disposiciones Transitorias y Especiales de la Constitución de la República se prohíbe que en las normas presupuestales se

incluya cualquier modificación y, por ende, cualquier incremento de seguridad social, seguros sociales o previsión social. En este caso, claramente se trata de un seguro de salud, de un seguro social, y no puede de ninguna manera incluirse en la norma presupuestal. Esta norma constitucional establece que la Suprema Corte de Justicia debe declarar de oficio, si no es a pedido de parte, la inconstitucionalidad.

Por lo tanto, no existe ningún apartamiento de las normas ya que este aspecto no podía incluirse en el Presupuesto, que discutimos en su momento cuando se proponía incorporar a los jubilados al Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR ABDALA.- Me quedé pensando en la vinculación que hizo el economista Massoller de todo esto con el Fondo de Estabilización Energética; me parece que es un tema bien diferente. Supongo que hacía referencia a una suerte de excedencia de recursos públicos que el Gobierno decidió destinar al Fondo.

Sin embargo, me parece que como fundamento para sostener que en función de ese Fondo el Gobierno tiene dinero y por esa vía habrá de financiar la incorporación de nuevos colectivos resulta insuficiente, entre otras cosas, porque las perspectivas desde el punto de vista energético en particular, las de fondo son un gran signo de interrogación. Creo que ayer el Presidente de UTE declaró que hasta el 2012 existe una gran incertidumbre y riesgo severo de que el país ingrese a una fase, que nadie desea, de insuficiencia energética por el advenimiento de una sequía, por lo cual habrá que prender el parque térmico para sustituir a la generación hidráulica.

Entonces, si el único argumento del Gobierno para justificar estos gastos es que están financiados porque tenemos dinero en el Fondo de Estabilización Energética, me parece, por lo menos, pobre lo digo con absoluto respecto, y me deja bastante más preocupado. No vamos a discutir ahora la situación energética, pero el tema lo trajo a colación el economista Masoller en nombre del equipo económico, que se supone es quien debe dar respuesta a las posibilidades de financiar estos cambios de la salud.

Reitero, precisamente ahora, cuando se pondrá en marcha el Fondo de Estabilización Energética, desde la entrada en vigencia de la Ley de Presupuesto, surgen nuevas interrogantes del costo energético que tendrá el país en los próximos años. Esto lo dijo el Presidente de UTE y no lo invento yo.

SEÑOR MASSOLLER.- En ningún momento dijimos que los recursos acumulados en el Fondo de Estabilización Energética se vayan a usar para financiar estos gastos; esto hay que descartarlo absolutamente porque escapa a la lógica de la creación de este Fondo.

Sí dijimos que la situación estructural de las cuentas públicas en 2010 es mejor de lo previsto en el Presupuesto nacional y mejor que en los próximos años porque estamos cumpliendo las metas que anunciamos, pero con una situación de ahorro en materia energética. Por lo tanto, nuestro diagnóstico es que tenemos una situación que nos permite hacer lugar a estos gastos adicionales, no previstos en el Presupuesto nacional, sin modificar esto es muy importante las metas y compromisos fiscales asumidos durante la discusión presupuestal.

Básicamente esta es la línea argumental: el Gobierno está en condiciones de cumplir sus compromisos fiscales anunciados, sin tomar acciones en materia de nuevos impuestos porque lo permite la situación de relativa holgura en materia de cuentas públicas.

SEÑOR GANDINI.- El señor Diputado Asti contesta lo que yo no planteé. La norma que él mencionó hace referencia a los contenidos.

Yo no digo que este proyecto tuvo que incorporarse en el Presupuesto nacional; eso es lo que está prohibido. Lo que digo es que, aun existiendo esa norma de la Constitución de la República, en el Presupuesto nacional debe venir el financiamiento de estos gastos, y esto es lo que no consta. Eso no está prohibido. Por lo pronto, es obligación que el Presupuesto nacional contenga toda la previsión de ingresos y gastos comprometidos. Acá se compromete un gasto, y no consta en el Presupuesto nacional.

Cuando tenga que aplicarse esta ley, alguien tendrá que imputar a un rubro un gasto que no está previsto; es así. Entonces, una de dos: o el Gobierno tendrá que incrementar el déficit, o tiene previsto más ingresos que no transparentó en la exposición de motivos del Presupuesto nacional en esta Cámara. O tiene previsto que va a entrar más dinero del proyectado o, si no ingresa este dinero y tiene un gasto que no está previsto, va a incrementar el déficit; no hay vuelta.

Si la economía es más saludable porque llueve, habrá un colchón para atender estos gastos que se ajustarán en las Rendiciones de Cuentas, pero deben estar previstos en el Presupuesto nacional y, si no lo está, tendrá que preverse en la próxima Rendición de Cuentas y acudir a los sistemas de transposición de rubros, refuerzo de rubros, etcétera, para atender las erogaciones que durante 2011 estos gastos determinen. Esto no tiene nada que ver con que esta norma no pueda incluirse en el Presupuesto nacional; ¡claro que no! Pero la previsión presupuestal, el gasto que esta norma genera, debería constar en el Presupuesto.

Nada más. Esta es mi visión, y no quiero entrar en la polémica, sino simplemente dejar esa constancia.

SEÑOR BAYARDI.- El señor Diputado Gandini hizo la interpretación que yo iba a hacer, que es la interpretación armónica del Presupuesto.

El Presupuesto está constituido por el presupuesto que se presenta en el primer semestre de Ejercicio del Gobierno y por las sucesivas Rendiciones de Cuentas. Esta es la lógica del Presupuesto. Supongamos que cerramos la iniciativa presupuestal, que se aprueba el Presupuesto como pasó y que hay un nuevo proyecto de ley como éste: todo lo que derive de los gastos que este proyecto de ley determine está obligado a ser presentado en la próxima Rendición de Cuentas. De lo contrario, no podríamos legislar, aunque el artículo 86 de la Constitución de la República nos habilita a legislar por fuera del Presupuesto. Ese artículo establece: "La creación y supresión de empleos y servicios públicos; la fijación y modificación de dotaciones, así como la autorización para los gastos, se hará mediante las leyes de presupuesto, con sujeción a lo establecido en la Sección XIV.- Toda otra ley que signifique gastos para el Tesoro Nacional, deberá indicar los recursos con que serán cubiertos [...]". Acá se nos está diciendo que, en realidad, serán cubiertos a partir de Rentas Generales y habrá que presentarlos si así surgieran; seguramente se hará en la próxima Rendición de Cuentas. En eso se da la sintonía con lo que el señor Diputado Gandini planteó al final de su intervención, que comparto.

SEÑOR VEGA LLANES.- No me resisto a hacer un aporte a la historia de la solidaridad, porque es bueno recordar lo que pasaba con el sistema mutual y también es bueno recordar que el 20% de la población usufructuaba el gasto en salud, mientras que al 80% restante le quedaba solo el 20%. Había solidaridad, pero no mucha.

Cualquiera de los que trabajamos alguna vez en algún servicio público durante los años de esa solidaridad, sabemos muy bien a qué nos enfrentábamos todos los días: a la falta de una serie de cosas. Además, los funcionarios del Ministerio de Salud Pública y la salud pública en general eran tratados, en todos lados, como la pariente pobre del Estado, por sus sueldos, por sus condiciones de trabajo, etcétera. De alguna manera, nos acostumbramos a ver ciertas cosas que pasaban en los hospitales públicos que hoy serían intolerables, porque la situación cambió y porque, en realidad, han mejorado algunas de las asistencias que se dan en el sistema público; no son una maravilla, pero han mejorado.

Si esta discusión que se estaba procesando hace un rato yo la hubiera escuchado hace un tiempo atrás, estoy seguro de que me hubiera enojado porque era tan gil debería decir "ingenuo" para la versión taquigráfica que creía que las cuestiones de salud se definían por la humanidad y eso no es verdad; se definen por la economía. Es la economía la que determina una serie de cosas en la salud que no tienen que ver con ser más o menos humanos. La prueba está que las mujeres, durante muchos años, ante el cáncer de mama, eran sometidas a cirugías absolutamente mutilantes. Pero como no trabajaban, no importaba. Ochenta años pasaron para que esas cirugías fueran menos mutilantes y la mujer se pudiera reintegrar a su trabajo mucho antes. ¿Qué pasó en medio de todo eso? La mujer adquirió un rol importante en la economía. Por eso se cambió la ecuación. Antes la mutilaban porque, total, se iba para la casa. ¿Qué problema había? Pero, en realidad, es la economía la que determinó la mejoría en el sistema de salud hacia las mujeres; no fue que alguien actuara humanamente. Por eso duró ochenta años lo que Halsted hizo con mucha pericia; salvó una serie de vidas hay que decirlo pero dejó a las mujeres con unas secuelas enormes.

Entonces, es la economía la que termina regulando ese tipo de cosas. Hay cualquier cosa menos humanidad, aunque la economía puede ser humana, dependiendo de los economistas.

Quería plantear esto porque en algún lado hay que decirlo. Me parece que en este sistema que creamos, que como todos los sistemas humanos tiene cosas buenas y cosas malas, hay una confusión que hemos venido prorrogando he escuchado declaraciones del señor Ministro al respecto; hemos entrado a confundir dos temas que son bien diferentes: una cosa es el Sistema Nacional Integrado de Salud y otra es el Fondo Nacional de Salud, y tienen un nivel de coincidencia relativo. El Sistema Nacional Integrado de Salud es aquel por el cual se brinda cierto nivel de prestaciones que están reguladas por la Junta Nacional de Salud y el Fondo Nacional de Salud es un fondo de plata que paga las cápitas que corresponden en base a los decretos. No tiene nada que ver una cosa con la otra. Es decir, tienen que ver en el sentido de que uno le paga al otro, pero no son complementarios, ni parecidos, ni iguales, ni mucho menos deben ser considerados juntos.

Cuando se habla de ingresar a los jubilados al sistema, a mí se me paran los pelos de punta los pocos que tengo porque, en realidad, los jubilados están en el sistema, primero, porque son atendidos y, segundo, porque hay un decreto del Poder Ejecutivo de la época del doctor Batlle por el que a partir de los 65 años los jubilados tienen un carné de asistencia gratuita y vitalicia en ASSE, que antes era una entidad que estaba dentro del Ministerio de Salud Pública y que ahora es un ente desconcentrado. Ese decreto no cambió. Entonces, cuando alguien dice que los jubilados no tienen atención, que no están en el sistema, se está equivocando desde la raíz porque, en realidad, en el sistema están; no están en el FONASA, que es una cosa distinta.

El problema es que ahora, de alguna forma, nos fuimos metiendo en el tema y terminamos comprometidos a ingresar a los jubilados al Fondo Nacional de Salud. ¿Qué vamos a ofrecer a los jubilados que serán incorporados al Fondo Nacional de Salud? Pagar. Porque no le vamos a ofrecer mejoría en su sistema. Primero, porque, como todas las cosas en la medicina, el desarrollo de los sistemas de atención al adulto mayor es absolutamente primario en este país, a pesar de que la enorme mayoría somos viejos o estamos amenazados de serlo. La realidad es que los sistemas de atención al adulto mayor son los mismos que para cualquiera, sin embargo esto sí es un concepto que la economía debe tomar de la medicina, las enfermedades que tienen los adultos mayores no son ni parecidas a las que tienen los que son más jóvenes. Además, las diferencias entre las mujeres y los hombres desaparecen paulatinamente en la medida en que aumenta la edad; por lo tanto, tampoco el sexo influye demasiado en las prestaciones de salud que uno tiene que brindarles ya que cuando llega la edad de la menarca el hombre y la mujer se igualan, a pesar de que las mujeres igual viven un poco más, por lo menos en promedio, vaya uno a saber por qué. La realidad es esa.

Cuando leo este proyecto de ley que pude mirar de reojo y a las apuradas; espero que en algún momento se pueda profundizar en algunas cosas, lo cual capaz que me hace equivocar en algún concepto de los que voy a decir lo percibo enfocado hacia el sistema mutual. Todo lo que se habla de los jubilados es que parece que tuvieran que elegir aunque no es así un sistema mutual. ¿Qué van a encontrar en el sistema mutual? Tiques, órdenes. Si yo hoy gano 3 bases de prestaciones y contribuciones, no puedo pagar, no me puedo asistir. Y vamos a hacer un esfuerzo fiscal para no darles mejor atención. Cualquiera que vaya a una mutualista y tenga que pagar tiques y órdenes, sabe que con menos de $ 500 ni entra. Esa es la verdad. Entonces, vamos a meter a los jubilados en un sistema en el cual les vamos a cobrar por lo que ya tienen, y si cometen el error de elegir una mutualista, van a tener una serie de escollos que les van a pedir un real acceso al sistema de salud. Y con todo eso el país hace un esfuerzo fiscal. Entonces, me parece que el resultado, que es económico, no es el mejor. Porque el producto final de esto no es una cuenta que da cero, más diez o menos diez, sino que es un adulto mayor que adquiere una capacidad de atención correcta, a tiempo y en su momento. Entonces, la cuenta puede dar más o menos, pero ese es el producto final que buscamos o que deberíamos buscar. No es un resultado exclusivamente económico. Y para hacer esto debemos gastar lo menos posible. Ahí es donde entra la economía, es decir, ser lo más eficiente con el dinero que vamos a usar.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Asti)

—— Digo esto sabiendo que probablemente predique en el desierto o que sea un navegante solitario, porque es embromado decir a los jubilados estas cosas y cambiarles el discurso que todo el sistema político les viene haciendo. Estoy convencido de que Sixto Amaro se va a tener que exiliar cuando este proyecto de ley se apruebe, porque lo van a colgar cuando vean el resultado real de integrarse al FONASA.

Sé que hay que mejorar los servicios de asistencia al adulto mayor, pero para eso está ASSE. Desde el sistema público debemos empujar la creación de sistemas específicos de asistencia para los adultos mayores. Si hoy uno va a una mutualista, tal vez encuentre a un geriatra no es algo seguro para un montón de usuarios, que tendrán que hacer cola para poder llegar a él; de lo contrario, deberán atenderse con el médico que atiende a todos por igual, pues después de los 14 años de edad todo el mundo ingresa a una bolsa única desde el punto de vista de la medicina.

Con escasas esperanzas llamo la atención sobre estos problemas que seguramente no estén vinculados exclusivamente a la economía, pero sí hacen a la salud de la gente y al bolsillo del jubilado o pensionista que vamos a meter en un sistema que no puede pagar. Como todavía tenemos la idea de que en lo mutual está lo mejor y en lo público está lo peor muchos van a optar como ya pasó con quienes hicieron una elección; las pruebas están por el sistema privado. Y van a caer en una trampa de la que tal vez puedan echar para atrás, o no, pero es bueno tener esto en cuenta. Pero claro, sería pedir a todo el sistema político en esto no hubo diferencia de partido, que estuvo diciendo que había que ingresarlos al sistema porque no estaban, cometiendo un error de concepto, que ahora diga que lo que hay que hacer es esto.

Como no tuve oportunidad de decirlo en otro lado, quería dejar esta constancia. Puede ser que esté equivocado, pero me parece que esta es la realidad, no desde la economía sino desde la atención real y concreta de cada uno de los uruguayos y las uruguayas que están en el Banco de Previsión Social, que son jubilados y que hoy no tienen cobertura.

¿Cuáles son los colectivos que no tienen cobertura formal? Esa fue una de las funciones que tuvo el Sistema Nacional Integrado de Salud. Cuando nosotros llegamos en el 2005, los funcionarios públicos que superaban los ingresos necesarios para tener un carné de asistencia muchísimos, aunque los salarios no eran muy altos y que su composición familiar y salario no les permitían pagar $ 1.000 de mutualista más tiques y órdenes, tenían dos chances: no se asistían o conseguían un carné de asistencia con un amigo. No tenían cobertura formal de salud, y esa es la verdad.

Los colectivos que hoy tienen dificultades para adquirir cobertura formal son los jóvenes además de los cónyuges, que de alguna manera están previstos en el proyecto de ley, que superaron los 18 años de edad y no son discapacitados, y no han llegado a adquirir un empleo. Ellos tienen dificultades reales de cobertura porque integran el núcleo familiar, y en sus familias probablemente superen los requisitos necesarios para obtener un carné de asistencia y no lleguen a pagar una cuota mutual.

Creo que hay que pensar cómo se brinda cobertura formal a ese colectivo.

Estas son las constancias que quería expresar.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- La fuerza política que representa el Poder Ejecutivo ya laudó el asunto de la libre elección entre lo público y privado, no hay ninguna discusión para dar. Hablamos de ingresar al Seguro Nacional de Salud así lo llamamos nosotros y nunca hablamos de ingresar al sistema; de hecho, en la presentación en el Senado tuve que realizar alguna corrección porque se hablaba de sistema cuando en realidad es un seguro.

Ingresar todos los usuarios al Seguro Nacional de Salud como mostraba el economista Massoller, llegando al entorno de dos millones y medio al final del período, es un compromiso político gubernamental para que todos puedan optar libremente por lo mutual o ASSE.

Cuando planteamos el ingreso de los niños se nos dijo que iban a volver masivamente al sector público, pero no han vuelto; los niveles de consulta y de atención son promedialmente algo superiores a los niveles de atención de quienes estaban antes. Esto quiere decir que los tiques y las órdenes no han sido una restricción a la atención; de hecho, como los señores Diputados saben, para los niños hay un set de tiques gratuitos, igual que para los jubilados, que aproximadamente supone el 50% del valor de la cuota mutual, lo cual implica que ingresar al FONASA significa una cuota y media de beneficio.

Además, nosotros no dimos los números en forma discriminados, pero debo decir que la mayor parte de jubilados que ingresarán en este quinquenio aproximadamente el 60% están comprendido en el segundo grupo, el que paga cuota. Por lo tanto, las organizaciones de jubilados así lo entenderán y tendrán que discutir

están ofreciendo beneficios muy importantes a sus agremiados porque año a año pagarán un quinto menos de lo que hoy pagan. En este caso estamos hablando de más de 200.000 personas.

¿Qué harán los más de 100.000 que están en ASSE? Algunos optarán por seguir allí y otros elegirán mutual; esto no lo podemos saber a priori, pero nuestro deber es dar la posibilidad, a través de una prestación al Fondo Nacional de Salud, de elegir el prestador que considere más adecuado para su atención.

SEÑOR VEGA LLANES.- Hay diferencias entre colectivos, y esto es un aspecto de la medicina, no de la economía: por definición los niños son sanos, y los adultos mayores presentan una serie de comorbilidades que no tienen los niños, por ejemplo, presión alta, diabetes, etcétera. No son iguales, y por eso no se pueden igualar.

Los niños que consultan son la enorme minoría, mientras que los adultos mayores que consultan son la enorme mayoría. Por eso no se puede tratar igual a desiguales. No se puede pensar que como el colectivo de niños no volvió al sistema público, el ingreso al FONASA fue exitoso. Es una equivocación médica, no económica, pensar que el ingreso de los adultos mayores al FONASA también será un éxito porque por definición estos son enfermos y presentan una serie de comorbilidades reitero que los niños no tienen.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No es nuestro objetivo ingresar en una polémica, pero hay que decir que el 60% de los actuales jubilados, antes de ingresar al FONASA, habían elegido una mutual, pagando. Lo que nosotros estamos ofreciendo ahora es que puedan elegir mutual, pero no pagando. Esa es la diferencia fundamental en el proyecto que estamos presentando.

De hecho, los jubilados ya eligieron mutualista no es una opción nuestra a partir de un esfuerzo económico que puede ser de su hijo, esposo o de ellos mismos con su jubilación. Lo que nosotros estamos proponiendo a ese 60% de jubilados, que ya eligió mutual, es que pague un quinto menos durante un año y que a los cinco años no pague y solo tenga los aportes graduales.

Básicamente, ese es el contenido central del Capítulo I del proyecto.

Esta es la aclaración que quería formular.

SEÑOR RADÍO.- Agradezco la presencia de los representantes del Gobierno.

Me parece que se puede estar de acuerdo aunque parecería que podría haber términos encontrados, porque siempre tenemos que defender el derecho de elegir de la gente, más allá de que coincida centralmente con las afirmaciones del señor Diputado Vega Llanes. Siempre tenemos que elegir el derecho a elegir libremente.

Quiero dejar una constancia y hacer una pregunta. La constancia tiene que ver con la forma en que se construye la solidaridad en la sociedad contemporánea. Alguien decía que los gestos solidarios se establecen tributando. En realidad la solidaridad se construye de muchas maneras, y no solo tributando; hay gestos solidarios y antisolidarios que tienen que ver, y no tienen que ver, con la tributación.

Vinculado a este tema, tenemos todo lo relacionado con el subsidio por enfermedad. Ahora, cuando hablamos del aumento del subsidio por enfermedad a 8 BPC hay que tener en cuenta que es casi igual a tres Salarios Mínimos, que era lo que teníamos cuando se aprobó el tope hay que tener en cuenta que ese tope no existe para la mitad de los trabajadores de este país, que recibe el 100% del subsidio por enfermedad con cargo a Rentas Generales. |Este es un gesto bastante poco solidario que tiene la sociedad contemporánea uruguaya. Todos los trabajadores públicos de este país reciben el 100% de subsidio por enfermedad incluyéndonos con cargo a Rentas Generales y, en realidad, ese es un gesto de poca solidaridad. Sin embargo, el resto de los trabajadores tiene topeados sus ingresos en un 70%, a partir del cuarto día, con un tope al día de hoy de tres BPC.

A partir del debate previo, me queda claro que no hay un acuerdo entre la bancada oficialista y el Gobierno en cuanto a si se pierde o no solidaridad contributiva. Me queda claro que los representantes del Poder Ejecutivo efectivamente piensan que no, que lo que se busca es eliminar un componente impositivo, evitar la doble tributación, porque la reforma no se diseñó para recaudar impuestos. Pero, aparentemente, con respecto

a este asunto hay opiniones encontradas; hay legisladores del partido de Gobierno que piensan que sí se pierde solidaridad contributiva, y esto me preocupa mucho. ¿Por qué? Porque uno de los motivos que se enarboló de manera contundente en contra de las Cajas de Auxilio, la actitud militante, desafiante, científica y triunfalista de muchos legisladores en contra de las Cajas de Auxilio era que no se respetaba el principio de solidaridad y ahora se dice que la solución que propone el Poder Ejecutivo elimina la solidaridad contributiva. A la hora de votar este proyecto, ¿se va a apelar a la disciplina partidaria? Si no es así, este proyecto peligra. Teníamos muchas convicciones contra las Cajas de Auxilio porque no respetaban el principio de solidaridad, y ahora se supone que esta iniciativa elimina la solidaridad contributiva. Esto me preocupa.

Por otra parte, también me preocupa el hecho de que haya existido una discusión entre la bancada oficialista y el Gobierno. Es una pena que nosotros no hayamos podido discutir este tema. En verdad, me preocupa que recién hayamos recibido hoy el proyecto, cuando faltan treinta y un días para que no haya más nada para decir. Me parece que nosotros no nos merecíamos esto. Hace muchos meses que estamos buscando dialogar con respecto a este tema, y no creo que sea bueno que ahora tengamos que empezar a leer este proyecto, faltando treinta días. En principio puedo decir que tendría una opinión favorable pero, la verdad, tengo que empezar a leer este proyecto de ley porque no conozco nada al respecto. Por este motivo, estoy un poco preocupado porque, ¿qué pasa si no me gusta algún aspecto? Ya sabemos que después funciona el criterio de la "realpolitik": vienen, levantan la mano y uno tiene poco espacio para lo que tenga que decir. ¡Es una pena! Nosotros siempre estuvimos dispuestos a dialogar y pusimos elementos arriba de la mesa desde hace muchos meses, y ahora faltan treinta días y nos enteramos de que debemos empezar a estudiar el proyecto.

Hay que ver la preocupación por los médicos y los anestésico quirúrgicos. Yo gano un poquito más ahora que cuando trabajaba de médico. No sé por qué sigue esa preocupación por los médicos, los anestésico quirúrgicos y otros colectivos. No me duelen prendas porque fui empleado público, médico sigo siéndolo y ahora parlamentario. Me parece que encontramos un chivo expiatorio. Esta sociedad tan preocupada por encontrar percheros universales para las culpas, encontró el chivo expiatorio para depositar toda su culpa ahí. Esto lo hemos escuchado de colegas legisladores en la Cámara. La culpa de todo siempre la tienen los mismos, y en vez de buscar soluciones, buscan culpables. Pero, cuando aparecen algunas soluciones como las que plantea el Poder Ejecutivo, igual no les gusta porque siguen queriendo encontrar culpables.

Por ejemplo, los médicos eran menos del 10% de los trabajadores que estaban comprendidos en el sistema de Cajas de Auxilio. Entonces ¿cuánto menos serán los anestésico quirúrgicos? Y cuando hablamos del conjunto del FONASA, ¿a qué porcentaje nos referimos? Es un porcentaje despreciable pero, sin embargo, siguen siendo el perchero universal de las culpas. Como no soy anestesista ni cirujano, no tengo problema en hacer estas manifestaciones.

Aunque mi pregunta no está directamente relacionada con este proyecto, quisiera saber si se ha previsto un cronograma para la incorporación de nuevos colectivos al FONASA. Por ejemplo, pienso en los funcionarios municipales; tal vez existan otros.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Todavía es muy pronto para hablar de eso.

SEÑOR BERNINI.- Reitero mi saludo al señor Ministro de Salud Pública y demás autoridades.

Ocurre que soy el penúltimo o el último en hablar, y de alguna manera la intervención de cada uno de los señores legisladores ha sido precisa y puntual respecto a algunas inquietudes o valoraciones políticas. Más que el árbol yo voy a tratar de ver el bosque, que es el objetivo. No puedo descontextualizar este gran paso que vamos a dar a partir de la presentación de este proyecto, que seguramente será aprobado. Veo que hay mucha preocupación por parte de algunos de los integrantes de la oposición con respecto a cómo vota la bancada del Frente Amplio. No tengan dudas de que este proyecto va a contar con los votos. ¡Ojalá que podamos lograr que también la mayoría de la oposición espero que toda acompañe con su voto este proyecto!

Reitero que voy a tratar de ver el bosque y no el árbol porque hay que contextualizarlo. Este es un proceso que se inicia con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, del Fondo Nacional de Salud, con todos los nuevos mecanismos ya implementados. Esta sería una segunda etapa muy importante donde prácticamente estamos en el norte del compromiso programático con la ciudadanía, que adoptamos como fuerza política cuando asumimos el Gobierno en el año 2005, de lograr la universalización del Sistema

Nacional de Salud y la mayor equidad posible. Creo que este proyecto apunta a ese objetivo. Y no nos duelen prendas por haber demorado lo necesario en función de adoptar una actitud que siempre fue pública: querer negociar con todos los sectores que estaban involucrados, que naturalmente tenían intereses en juego, como todo sector de la sociedad. Cuando uno toma decisiones, siempre y necesariamente, se afectan algunos intereses. El arte de todo esto es que en el día de hoy por lo menos podemos comenzar a visualizar desde mi punto de vista lo visualizo claramente una propuesta concreta, tomando en cuenta las discusiones que se han dado, esos intereses que podían verse afectados, sin desdibujarse y sin torcer el rumbo respecto a la universalización y la búsqueda de la equidad. Entonces, así, se logra una propuesta que varios integrantes de la oposición tendrían que valorar porque también fueron protagonistas de todo este proceso y quizás muchos aspectos se hayan tomado en cuenta a partir de distintos planteos de la oposición. ¿Por qué no? Creo que el arte en toda esta historia ha sido el avance, ni más ni menos que revolucionario de un país que en apenas cuatro o cinco años ha logrado llevar adelante una reforma de la salud cuando en países del Primer Mundo estos procesos han llevado quince o veinte años. Y desde esta perspectiva y desde ese contexto es que yo analizo el punto.

Acá pasan cosas desapercibidas o a las que no se les da la justa dimensión. El otro día votamos y dimos media sanción a un proyecto de ley sin un solo periodista en Sala y sin una sola persona en las barras que, entre otras cosas, tiene que ver con esta iniciativa. Me refiero al incremento gradual de las bases de prestación y contribución para el seguro de enfermedad para los trabajadores. Este asunto pasó prácticamente inadvertido en los medios de comunicación y, por tanto, de la lectura que la ciudadanía hace, porque se entera a través de la prensa. ¿Por qué traigo este tema? Porque está directamente vinculado a este proceso, porque achica la brecha de aquellos trabajadores que estaban contemplados en las Cajas de Auxilio y que ahora, a través del seguro de salud, verán resarcido su salario gradualmente, ya que vamos a llegar a las ocho bases de prestación y contribución. Esto no solo involucra a algunos miles de trabajadores que tenían Cajas de Auxilio y podían ver resentido sus ingresos, sino también a cientos de miles de trabajadores que hoy no tenían derecho a enfermarse porque, si se enfermaban, inexorablemente cobraban el 70%, con un tope máximo de las tres bases de prestación y contribución. Esa iniciativa ya se aprobó en Cámara; falta que se apruebe en el Senado.

Como yo integro ese bosque, estoy tratando de ubicar el tema en ese contexto y en el desarrollo del análisis de este nuevo salto en calidad. Prácticamente doscientos mil cónyuges a partir de enero ingresarán al sistema. Lo tenemos en el bolsillo y es parte de este contexto y de este proceso que, insisto, concreta en un plazo de cinco años el objetivo programático comprometido con la ciudadanía, que es la universalización y la búsqueda de la equidad en el acceso a los servicios de salud de calidad.

No voy a reiterar lo que era el gasto per cápita de un usuario de Salud Pública a diciembre de 2004 y lo que es ahora, porque en ese caso tendríamos que citar todos los elementos y empezar a hacer un análisis retrospectivo. Aquí no solo cambia un sistema e ingresan nuevos universos que antes no podían tener la libertad de opción, sino que además el gasto concreto per cápita para cada nuevo usuario o beneficiario del sistema de salud, ya sea público o privado, se ha elevado, así como también ha aumentado, en términos reales, el salario de ese trabajador cuyo contexto también integro, o la jubilación o pensión de ese jubilado o pensionista. No podemos abstraernos de que las políticas que se han llevado adelante también han significado un salto en calidad importante en la recuperación del salario y las jubilaciones depreciadas durante mucho tiempo, y eso hace a la calidad de vida. También podría citar el tema educativo.

Me costa que el señor Diputado Vega Llanes tiene esta posición respeto a los jubilados porque me lo ha dicho en infinidad de oportunidades y lo hemos discutido en la intimidad; no nos asusta que se pueda plantear algún matiz. En definitiva, en todo caso lo que tenemos claro es hacia dónde vamos, con los matices que siempre pueden surgir; inexorablemente vamos hacia un sistema de salud justo y universal para toda la ciudadanía. Ese es el norte, el objetivo, y esto es un gran salto en calidad hacia su conquista que, insisto, fue el compromiso que se asumió con la ciudadanía. Paulatina y gradualmente cada vez nos acercamos más a la definición en su conjunto de este concepto tan importante para la sociedad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Recordamos que por lo que surgió en la conversación inicial, en los próximos días estaríamos esperando de acuerdo con los intercambios que se están teniendo con algunos de los colectivos que están involucrados en este tema un mensaje complementario aunque ese no es el término legal,- para cubrir la iniciativa del Poder Ejecutivo con el Seguro Notarial de Salud.

Al tema relacionado con OSE le podemos dar continuidad como está, por lo que con estas dos aclaraciones la Comisión va a seguir trabajando.

Agradecemos el tiempo y la información brindada por parte del equipo de Gobierno, representado por los Ministerios de Salud Pública, Economía y Finanzas y Trabajo y Seguridad Social.

(Se retiran de Sala los representantes de los Ministerios de Salud Pública, Economía y Finanzas y Trabajo y Seguridad Social)

—— La Comisión debe fijar su cronograma de trabajo, por lo que algunos colegas planteamos que se pensara a quién convocar para la sesión del próximo martes.

SEÑOR ABDALA.- Nosotros advertimos como presencias ineludibles al Plenario de Cajas de Auxilio, que están nucleadas en una organización que supongo que es la más representativa; no sé si en ella están los escribanos, por lo que de lo contrario deberíamos citar a la Caja Notarial. Por el lado de los jubilados propondríamos citar a la ONAPJU y a la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas que, por lo menos tomando como referencia la última elección del BPS, es la segunda organización más representativa, sin perjuicio de otras convocatorias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota)

—— Ocho por la afirmativa: AFIRMATIVA.- Unanimidad.

La Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social queda citada para el próximo martes a la hora 10.

Se levanta la reunión.